

**XLII Curso de Especialização**

**em Administração Hospitalar**

**(2012-2014)**

**“IMPACTO DO PROGRAMA NACIONAL DE  
ACREDITAÇÃO EM SAÚDE: COMPARAÇÃO DE  
INDICADORES ENTRE UNIDADES DE SAÚDE  
FAMILIAR ACREDITADAS E NÃO ACREDITADAS”**

**Luís Carlos Mendes da Cunha**

**Julho de 2014**



**Universidade Nova de Lisboa**  
**Escola Nacional de Saúde Pública**  
XLII Curso de Especialização em Administração Hospitalar

**Trabalho de Campo**

**Impacto do Programa Nacional de Acreditação em  
Saúde: Comparação de indicadores entre Unidades de  
Saúde Familiar Acreditadas e Não Acreditadas**

Discente: Luís Carlos Mendes da Cunha

Orientador: Professor Doutor Paulo Alexandre Faria Boto

Julho 2014

A Escola Nacional de Saúde Pública não se responsabiliza pelas opiniões expressas nesta publicação, as quais são da exclusiva responsabilidade do seu autor.

# Agradecimentos

Ao Professor Doutor Paulo Boto, pela disponibilidade demonstrada durante os longos meses da elaboração deste projecto.

Ao Dr. Luís Castanheira Nunes, Presidente do Conselho Executivo da ARS Norte, IP. pelo interesse demonstrado.

Ao Dr. Fernando Tavares, Director do Departamento de Estudos e Planeamento da ARS Norte, IP. pela disponibilidade na cedência dos dados.

À Dra. Filipa Homem Christo, Coordenadora do Programa Nacional de acreditação em Saúde, pela paciência que teve em ensinar-me um pouco do que sabe sobre Qualidade em Saúde.

Aos meus Pais, pelo apoio e docilidade com que me acompanharam neste percurso.

À Margarida, porque estavas lá, sempre do lado positivo.

Aos meus amigos, porque todos contribuíram para que este ano passasse ainda mais rápido.

A Ti, e à Nossa Mãe Maria Santíssima, por permitirem que tudo fosse possível.

# Resumo

A qualidade é actualmente um factor incontornável do posicionamento das instituições de saúde, independentemente da sua estrutura de financiamento. A prestação de cuidados de qualidade é globalmente entendida como custo-efectiva. A acreditação das instituições de saúde é a forma mais utilizada como garantia dessa mesma qualidade. A aplicação da acreditação nos CSP tem um percurso mais recente, existindo na literatura opiniões distintas quanto aos seus efeitos.

Nos últimos anos, Portugal implementou uma reforma estrutural dos CSP, com a criação das Unidades de Saúde Familiar. Paralelamente, o Departamento da Qualidade em Saúde, sob jurisdição da Direcção Geral da Saúde, implementou o Programa Nacional de Acreditação em Saúde. A acreditação das USF é hoje em dia uma realidade.

**Objectivos:** Este trabalho pretende estudar o impacto do Programa Nacional de Acreditação em Saúde ao nível dos CSP, através da comparação dos indicadores de desempenho das Unidades de Saúde Familiar no ano de 2012.

**Metodologia:** Para analisar as diferenças entre USF, identificaram-se os resultados dos indicadores de desempenho disponíveis para o ano 2012, das sete USF Acreditadas. Foram seleccionadas 7 USF Não Acreditadas, tendo como objectivo a criação de pares de USF (Acreditada + Não Acreditada), mantendo a maior homogeneidade possível entre cada unidade. Para cada par, foram identificadas as situações que apresentavam diferenças significativas no desempenho. Da mesma forma, analisaram-se as diferenças significativas por indicador, região e dimensão do desempenho. Procedeu-se à avaliação do grau de cumprimento das metas propostas, identificando desvios face ao objectivo contratualizado.

**Resultados e Conclusões:** As USF Acreditadas apresentam resultados significativamente superiores em 12% das situações e inferiores em 10% das vezes. Não existem diferenças significativas em 4 dos 14 indicadores estudados. As USF Acreditadas são tendencialmente melhores, apresentando contudo diferenças marginais.

Palavras chave: acreditação; Cuidados de Saúde Primários; Unidade Saúde Familiar; avaliação do desempenho

# Abstract

Quality is an unavoidable element from current placement of health care, independently of financing structure. The provision of quality health care is globally understood as cost-effective. The health care accreditation is the most common way to ensure quality care development. The accreditation in primary care is less frequent and uncommon, and there are different opinions in literature regarding its effects.

In recent years, Portugal has implemented structural reform in primary care with the creation of family health units. At the same time, the DQS, under the jurisdiction of the DGS, implemented the PNAS. The accreditation of family health units is now a reality.

**Objectives:** The main goal is to study the impact of PNAS in primary care, by comparing the performance indicators of family health units in 2012.

**Methodology:** To analyze the differences between USF, we identified the results of performance indicators of the 7 accredited units. Were selected 7 non accredited units, similar to accredited ones. For each pair, were observed significant differences in results. Likewise, the differences were analyzed by indicator, region and dimension of performance. Proceeded to assess the compliance with the proposed goals, identifying deviations from the contractually target.

**Results and Conclusion:** The accredited USF show significantly better results in 12% of cases and worse in 10%. There are no significant differences in four indicators. The accredited USF tend to be the best, however presenting marginal differences

Key-words: accreditation; primary health care; family health unit; performance evaluation

# Abreviaturas

% - Percentagem

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARS - Administração Regional de Saúde

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ARSNorte - Administração Regional de Saúde do Norte

CP - Contrato Programa

CS - Centro de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direcção Geral da Saúde

DL - Decreto-Lei

DQS - Departamento da Qualidade na Saúde

IOM - Institute of Medicine

JCI - Joint Commission International

MCDT's - Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

MCSP - Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS - Ministério da Saúde

NHS - Serviço Nacional de Saúde Britânico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PD - Plano de Desempenho

PNAS - Programa Nacional de Acreditação em Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

RCM - Resolução do Conselho de Ministros

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UK - Reino Unido

USA - Estados Unidos da América

USF - Unidade de Saúde Familiar

---

# Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Índice</b>   | <b>8</b>  |
| <b>Introdução</b>                                       | <b>9</b>  |
| Justificação do Tema                                    | 10        |
| <b>Enquadramento Teórico</b>                            | <b>12</b> |
| Qualidade em Saúde                                      | 12        |
| Gestão da qualidade                                     | 14        |
| <b>Acreditação em Saúde</b>                             | <b>18</b> |
| Acreditação e Certificação - enquadramento conceptual   | 18        |
| Acreditação - Indutor da Qualidade?                     | 23        |
| <b>Qualidade e Acreditação - A realidade Portuguesa</b> | <b>29</b> |
| Cuidados de Saúde Primários                             | 29        |
| Avaliação do Desempenho nos CSP                         | 32        |
| A Qualidade em Portugal                                 | 34        |
| O Plano Nacional de Saúde - estratégia da qualidade     | 36        |
| Programa Nacional de Acreditação em Saúde               | 40        |
| <b>Objectivos</b>                                       | <b>44</b> |
| Descrição do problema                                   | 44        |
| Objectivo Geral   | 46        |
| Objectivos Específicos                                  | 46        |
| <b>Metodologia</b>                                      | <b>47</b> |
| Desenho do Estudo                                       | 47        |
| Seleccção da Amostra                                    | 47        |
| <b>Análise de Resultados</b>                            | <b>52</b> |
| Comparação entre Unidades de Saúde Familiar             | 53        |
| Análise por Indicador de desempenho                     | 60        |
| Análise do Grau de cumprimento de metas                 | 65        |
| <b>Discussão de Resultados</b>                          | <b>67</b> |
| <b>Conclusão</b>  | <b>72</b> |
| <b>Bibliografia</b>                                     | <b>74</b> |
| <b>Anexos</b>   | <b>78</b> |



---

# Introdução

Integrando o XLII Curso de Especialização em Administração Hospitalar, a elaboração do Trabalho de Campo é a fase final de um processo pedagógico de desenvolvimento curricular, através da demonstração de competências adquiridas ao nível do pensamento de gestão em saúde e administração hospitalar. Assim, este trabalho pretende aplicar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nas várias unidades curriculares, com especial foco na Gestão da Qualidade e Estatística.

Ao longo da formação teórica, os docentes, foram apelando à definição de áreas de maior interesse pessoal para o desenvolvimento do trabalho de campo. Assim, ao estudar temas como a eficiência e efectividade aliados à qualidade, fui criando as minhas preferências pela temática deste projecto.

Profissionalmente, estive envolvido num projecto de acreditação da instituição onde desenvolvo a minha actividade, ficando assim mais atento às questões acima identificadas, bem como à sua avaliação. A Gestão como ciência não pode ser vista como uma linha de acção, mas sim como um esquema circular e dinâmico, onde o foco nos resultados é uma evidente preocupação, movendo equipas em torno de incentivos e objectivos exigentes.

A adaptação da ciência gestão à ciência saúde tem de ser vista como positiva desde que estejam assegurados benefícios globais mas, porque a saúde é um bem muito específico que afecta a sociedade e cada ser humano individualmente, devem também estar assegurados benefícios individuais. Desta forma, o investimento na Qualidade tem também de ser avaliado do ponto de vista global e deve traduzir-se em resultados, gerando ganhos em saúde. Este trabalho tem como objectivo estudar o impacto do Programa Nacional de acreditação em Saúde nos CSP, materializado na acreditação de Unidades de Saúde Familiar (USF), através da análise dos indicadores contratualizados entre cada USF e a respectiva ARS.

O estudo encontra-se dividido em sete capítulos. No primeiro capítulo é feito o enquadramento teórico ao nível do conceito de Qualidade e Gestão da Qualidade em Saúde. No segundo capítulo são explorados aspectos relacionados com a realidade europeia e mundial ao nível da acreditação e pretende-se demonstrar a evidência do

impacto da acreditação ao nível dos resultados como indutor da qualidade. No capítulo terceiro entraremos em Portugal com a perspectiva histórica para analisar o percurso da qualidade em saúde e a sua relação com a acreditação, mas também analisar a estratégia actual de qualidade no Serviço Nacional de Saúde. Exploramos ainda o PNAS considerando a sua posição central para este trabalho, baseando a análise no manual de acreditação. Identificada a temática em estudo, o capítulo quarto é dedicado à apresentação dos objectivos do projecto e das questões do estudo. No capítulo seguinte, o quinto, é definida a metodologia a utilizar e o raciocínio do investigador. Os últimos dois capítulos, sexto e sétimo, são dedicados respectivamente à apresentação e discussão dos resultados obtidos.

## Justificação do Tema

O relatório da OMS 2000, *The World Health Report*, definiu um sistema de saúde como um conjunto de actividades cujo objectivo principal é a promoção, manutenção e recuperação da saúde. O referido relatório aponta a relação entre a integração deste objectivo com a qualidade e desempenho do próprio sistema como um todo. (Fortes, Mattos e Baptista, 2011)

O mesmo documento apresenta três objectivos fundamentais dos sistemas de saúde: melhorar a saúde da população, responder às expectativas das pessoas e obter ganhos económicos, por contraponto à ausência de saúde.

Na Europa, o primeiro contacto profissional com a saúde, disponível aos cidadãos são os CSP, devendo a sua actividade solucionar grande parte dos problemas. As unidades de CSP devem estar perto dos locais onde as pessoas vivem, sem dificuldades no acesso. Os prestadores deste tipo de cuidados têm a sua missão focada nas necessidades de cada indivíduo, sem negligenciar a sua inserção socio-económica. A prática varia de país para país, sendo contudo possível descrever um perfil padrão dos profissionais prestadores onde se incluem clínicos gerais, médicos de família, enfermeiros de CSP, farmacêuticos, fisioterapeutas, terapeutas da fala, entre outros.

Pesquisa científica nos USA demonstrou benefícios em apresentar um sistema de CSP bem desenvolvido, considerando aspectos como a coordenação, continuidade de cuidados e controlo de custos. Na Europa, a variedade de sistemas de saúde, formas de

regulação da prática clínica e financiamento constituem um verdadeiro laboratório de comparação e boas práticas.

Portugal, apesar das reformas que tem implementado, não têm demonstrado evidência dos efeitos dessas mesmas reformas e do seu impacto ao nível de indicadores de desempenho. A cultura de avaliação de desempenho é praticamente inexistente ao nível dos CSP, com raras excepções.

O relatório da OMS 2008 “*Primary Health Care now more than ever*” foi esclarecedor na identificação da necessidade de produção de conhecimento em CSP. As reformas em curso em vários países partilham a vontade em desenvolver o primeiro nível de cuidados (Kringos, et al. 2010). Na primeira análise à evidência produzida e publicada, é escassa a literatura sobre a avaliação dos CSP, nomeadamente quando relacionada com qualidade e acreditação.

Durante mais de uma década, melhorar os CSP foi a chave central da reforma dos cuidados de saúde, no sentido de obter ganhos em saúde, melhorar resultados e reduzir os custos dos cuidados (Green & et al. 2012; Friedberg, Hussey e Schneider, 2010).

Portugal implementou na última década mudanças estratégicas ao nível dos CSP, introduzindo alterações que constituem uma novidade no plano internacional.

Os CSP constituem um sistema multi-dimensional sendo que, os elementos da estrutura devem facilitar o acesso a um conjunto de serviços que melhorem a condição de saúde das populações. Ganhos em saúde são o objectivo maior dos cuidados de saúde, considerando também a sua eficiência e equidade (Kringos & et al. 2010).

---

# Enquadramento Teórico

O conhecimento produzido pela ciência raramente resulta da criação espontânea do homem, sendo dessa forma, o produto de vários pequenos progressos e avanços. Cada um desses passos surge com o esforço e com a fundamentação certa. O estudo da literatura existente é sempre o primeiro passo a dar quando queremos empreender uma nova tarefa, com vista à progressão da ciência.

Este capítulo, tem como objectivo apresentar a fundamentação teórica deste estudo, suportando assim as decisões metodológicas futuras, subdividindo-se em três partes distintas, desenhando um caminho de progressiva complexidade e agregação.

## Qualidade em Saúde

A preocupação com a qualidade em saúde não é uma questão recente, existe desde os primórdios da Medicina, com referências datadas de 2000 a.C em documentos como o Código *Hammurabi*, na Antiga Babilónia, que regulava a qualidade dos cuidados de saúde prestados através do pagamento de coimas, em caso de verificação de maus resultados. Na Medicina Moderna, essa preocupação estendeu-se a *Hipócrates* (500 a.C), renascendo com *Florence Nightingale* (séc XIX), e, no século XX, com *Ernest Codeman*. Mas foi apenas em 1986, com a Lei Geral da Saúde, fundamentada na Declaração da OMS, que a qualidade em saúde foi normalizada e legalizada (Campos e Vaz, 2010; Blumenthal, 1996).

A publicação do documento “*To Err is Human*” (IOM, 2001) alertou que, nos USA, por ano, 48.000 a 98.000 pessoas morrem nos hospitais como resultado de erros preveníveis (USA. Institute of Medicine, 2000). Desde então, a par com a publicação, pelo mesmo instituto, de outro documento importante – *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century* - cresceu a sensibilização para a segurança dos doentes que se reflectiu num conjunto de acções, entre as quais a aprovação de leis, que se expandiram pelo mundo para melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de saúde. Este último documento define que os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, centrados no doente, atempados, eficientes e equitativos (Campos e Vaz, 2010).

Com o crescimento exponencial do movimento da qualidade na área da saúde surgiu a necessidade de se encontrar uma definição universal da mesma. No entanto, a sua formulação revelou-se mais complexa, relativamente a outros sectores, sendo esta dificuldade explicada pelas especificidades inerentes às organizações de saúde e pelo tipo de serviço que estas prestam. Interessa, por isso, ter presente as características específicas do sector, numa análise, ainda que breve.

Na saúde, o comportamento de todos os agentes em causa é diferente do que acontece nos outros mercados. A origem da diferença está no produto - cuidados de saúde - um bem cujo consumo não produz, por si só, utilidade, tendo como único objectivo restabelecer um estado de saúde entretanto perdido, sendo por isso um bem sem utilidade intrínseca. A necessidade de cuidados de saúde deverá ser distinguida da procura desses mesmos cuidados e da sua utilização. Há necessidade de consumir cuidados quando o indivíduo fica doente ou incapacitado, sabendo da existência de tratamento ou cura para a situação em causa, enquanto a procura se manifestará quando um indivíduo considera ter uma necessidade de saúde.

A qualidade pode ser subjectiva, na medida em que não é entendida por todos do mesmo modo. Na indústria, a qualidade deve “traduzir as futuras necessidades do cliente em características mensuráveis, de modo a que o produto possa ser projectado para garantir a sua satisfação, ao preço que o mesmo está disposto a pagar” (Deming, 1986). O mesmo autor afirma que a qualidade de um produto tem a génese da sua definição no próprio cliente. O conceito de qualidade em saúde, bem como as suas aplicações metodológicas, foi extrapolado da indústria com as devidas adaptações ao mercado da saúde. No entanto a definição conceptual é um passo importante.

Em 1990, o *Institute of Medicine* (IOM) considerou a qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente (Campos e Vaz, 2010). A OMS, define qualidade como “a prestação de cuidados que contempla elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos e resultados de saúde para os utentes, maximizando a eficiência dos recursos” (WHO, 2006).

Mendes (2012), citando Biscaia (2000) refere-se à “qualidade em saúde como a produção de saúde e de satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes, devendo as organizações de

saúde assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efectivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos”.

Pisco e Biscaia (2001) consideram que a qualidade em saúde depende das variáveis que assumem maior importância para cada indivíduo, considerando a sua posição enquanto doente, gestor ou prestador de cuidados. Por este motivo, a questão da qualidade em saúde é complexa e deverá envolver sempre, o mais possível, o doente, o gestor e o prestador de cuidados num processo de negociação e melhoria contínua evitando assim conflitos de interesse.

## Gestão da qualidade

Donabedian (1988) analisou a complexidade do conceito e definiu as sete principais dimensões englobadas na questão da qualidade em saúde - eficiência, efectividade, eficácia, aceitabilidade, legitimidade, optimização e equidade. Anos mais tarde, o IOM renova as dimensões da qualidade, reduzindo-as para seis: efectividade e a eficiência, a equidade, a segurança e a prestação de cuidados atempada e centrada no doente (Berwick, 2002).

A crescente preocupação com a qualidade, levou que fossem desenvolvidos sistemas de gestão, tendo como o objectivo, garantir que os produtos apresentados pelas organizações correspondessem à excelência preconizada pelos padrões internacionais. Também na saúde, foram desenvolvidos sistemas que alinham a produção em saúde com a excelência do estado de arte. À semelhança do próprio conceito de qualidade, a abordagem à gestão da qualidade foi se adaptando aos progressos do conhecimento, constituindo actualmente um conceito que deve traduzir-se numa relação “*win-win*” entre todos os intervenientes no processo de saúde.

Um sistema de gestão de qualidade consiste num conjunto de elementos dentro de uma organização, articulados em concordância com os objectivos definidos, tendo em conta as necessidades do cliente. No sector da saúde, já se verifica a aplicação de sistemas de gestão da qualidade nos hospitais, justificados pela crescente complexidade dos processos tecnológicos e pela pressão económica e social. Para Sousa (2006), a prestação de cuidados de qualidade tem subjacente a maximização de ganhos, tanto por parte dos utilizadores como por parte da sociedade.

A ausência de qualidade é globalmente percebida como indesejável, não só pelos efeitos directos na saúde dos doentes como pelas suas consequências económico-financeiras. Estas situações podem levar ao maior consumo de recursos, nomeadamente dias de internamento, MCDT's, fármacos ou outros tratamentos. Este aumento de consumo de recursos traduzir-se-á certamente no aumento dos custos.

Vários estudos foram realizados no sentido de avaliar a efectividade dos programas de qualidade, existindo evidência que a implementação desses projectos são financeiramente vantajosos, se compararmos o investimento global, com o custo das complicações inerentes à falta de qualidade (Cánovas, Hernandez e Botella, 2009).

Assim, a qualidade surge ligada à saúde como um aspecto fundamental, exigido por todos os intervenientes no processo de prestação de cuidados. Conceptualmente, qualidade em saúde passou por um processo de amadurecimento e estruturação, assumindo hoje características que implicam “satisfazer e diminuir as necessidades e não de responder à procura oferecendo mais”, é “proactiva para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado” e tem de “reunir atributos como sendo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade” (Pisco e Biscaia, 2001).

## **Avaliação da Qualidade**

Consideremos uma unidade industrial, cujo negócio está centrado na produção de calçado. É relativamente simples desenhar um programa de avaliação da qualidade nesta estrutura empresarial. Certamente o nosso raciocínio seria levado a pensar na durabilidade dos sapatos, é provável que desenhemos um robusto sistema de testes. Procuremos então formular o mesmo raciocínio mas, para um centro de saúde. A definição do produto, é, por si só complexa. Como avaliamos então os cuidados de saúde, produzidos por médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares e tantos outros profissionais? Bastará fazer o nosso melhor e esperar que tudo corra bem? Não.

A avaliação da qualidade é um procedimento que inclui o processo de melhoria contínua dos cuidados prestados, ou seja, da qualidade dos cuidados prestados. É importante que se possam medir, comparar e definir critérios de melhoria. Como vimos até aqui, este é o desafio que tem consumido muitas horas a decisores políticos, gestores e profissionais de saúde envolvidos nas inúmeras instituições dedicadas ao assunto. Pisco e Biscaia (2001), no seu artigo dedicado à qualidade dos CSP, afirmam que “é necessária a existência de

mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível”.

Mais uma vez, a génese da avaliação da qualidade em saúde está na indústria, pela simplicidade dos processos produtivos. A qualidade evoluiu assim de um conceito meramente centrado no produto final para uma estrutura onde está obviamente o produto final, mas também o conjunto dos processos que a ele conduzem e a própria organização em si.

*Avedis Donabedian*, médico do século XX, dedicou grande parte da sua carreira ao estudo da qualidade em saúde, afirmando que a mesma se decompõe em três dimensões distintas, com óbvia relação entre si. O autor define assim que avaliar qualidade implica conhecer cada uma das suas três dimensões: estrutura, processo e resultados. (Donabedian, 1981). A estrutura engloba os recursos materiais, características físicas do ambiente, organização dos serviços, recursos financeiros e os recursos humanos, incluindo a sua formação académica e técnica. Donabedian considera os processos como todas as actividades relacionadas com a prestação de cuidados, incluindo os aspectos técnicos de diagnóstico e terapêutica bem como as próprias relações estabelecidas entre profissionais e utentes. O mesmo autor descreve como resultados o efeito da prestação de cuidados, seja ele directo ou indirecto. O conceito de resultado engloba resultados em saúde e também resultados económicos ou operacionais.

Segundo Costa et al. (2008), a estrutura pode ser definida pelas características da oferta; processo por aquilo que é feito ao doente e resultados pela forma como o doente responde aos cuidados que lhe são prestados. Esta tríade constitui o paradigma actual da qualidade em saúde. Donabedian (1988) considera que, “uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo e um bom processo aumenta a probabilidade de um bom resultado”.

Existe alguma controvérsia no que diz respeito à melhor forma de avaliação da qualidade, com defesas interessantes para métodos mais centrados na avaliação da estrutura, dos processos ou dos resultados. Contudo, também encontramos argumentos que validam a utilização dos três componentes, sendo talvez uma opinião mais transversal. A acreditação e a certificação são utilizadas internacionalmente para a validação da qualidade em instituições de saúde (Veillard & et al. 2005). Os aspectos relacionados com o conceito da acreditação, pela sua importância neste trabalho, serão tratados com maior incidência no capítulo destinado para tal.



## Indicadores de Desempenho

Para Pereira (2004), indicador é a “medida simples de uma das dimensões do estado de saúde”, permitindo a avaliação das suas oscilações e consequente monitorização da qualidade clínica e estrutural dos serviços.

São vários os projectos criados a partir da necessidade de medir com maior objectividade os cuidados de saúde. O primeiro projecto surgiu nos USA, em 1985, denominando-se *International Quality Indicator Project*. Tinha como objectivo dar apoio às organizações de saúde na avaliação do seu desempenho, através da criação de um conjunto de indicadores de processo e da recolha sistemática de dados relativos à actividade. (Boto, Costa e Lopes, 2008). Portugal adoptou esta ferramenta em 2001, tendo-a abandonado 9 anos depois. Actualmente, o projecto está implementado em 350 instituições distribuídas por 17 países (IQIP, 2014).

A OCDE lançou o *Health Care Quality Indicators Project* que pretende também medir e comparar a qualidade e os resultados da prestação de cuidados de saúde. São desenvolvidos um conjunto de indicadores cuja informação é posteriormente recolhida e tratada. Este projecto acompanha não só critérios clínicos (taxas de mortalidade, etc) mas também padrões de consumo de internamento por descompensação de doença crónica. É possível encontrar dados sobre o estado de saúde das populações de vários países, também de Portugal, permitindo monitorizar questões relacionadas com o acesso e segurança do doente. A informação é disponibilizada via digital, com elaboração anual do relatório “*Health at a Glance*”.

A qualidade global é a meta a que todos querem chegar, incluindo profissionais de saúde, doentes e gestores, que devem concertar esforços na mesma direcção. O conhecimento científico não é a única fonte de conhecimento para a saúde, estão em jogo outros aspectos, nomeadamente a própria estrutura das unidades de saúde mas também os processos e resultados, incluindo obrigatoriamente a satisfação dos próprios utentes (Bonfil & et al, 2013).

---

# Acreditação em Saúde

O objectivo deste trabalho passa por estudar a acreditação enquanto modelo de melhoria dos cuidados de saúde, assim, será realizado um breve enquadramento conceptual quanto às diferenças entre acreditação e certificação e posteriormente um aprofundamento dos conteúdos relacionados com a acreditação.

## Acreditação e Certificação - enquadramento conceptual

A acreditação é um processo formal, através do qual uma instituição (geralmente organizações não governamentais) avalia e reconhece que determinada unidade de saúde presta cuidados cumprindo os padrões de qualidade entendidos como óptimos (pré-determinados e previamente publicados) (Rooney e Ostenberg, 1999). As normas de qualidade são construídas tendo em conta as melhores práticas internacionais, com o objectivo da melhoria continua da qualidade. O processo de acreditação de unidades de saúde é feito de forma periódica, após avaliação externa e inter-pares, constituindo um processo voluntário (Rooney e Ostenberg, 1999).

A certificação é igualmente um processo voluntário, em que uma entidade externa reconhece que um profissional ou serviço, realiza as actividades segundo um protocolo pré definido, definido pelas normas ISO (Mendes, 2012). Com a certificação, existe uma melhoria na qualidade dos registos e documentação, sendo por isso mais fácil controlar a qualidade da estrutura e dos processos (Mendes 2012, citando Heuvel et al., 2005).

### Modelos de acreditação

Existem inúmeros modelos de acreditação, contudo, são apresentados aqueles que traduzem maior expressão em termos internacionais, o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS), a *Joint Commission International* (JCI) e naturalmente o Modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA). É importante referir também o *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) e o *Australian Council on Healthcare Standards* (ACHS) pela sua expansão em países como Itália, Brasil e mesmo no Médio Oriente, onde se investe cada vez mais na qualidade.

O **King's Fund** é uma instituição de origem inglesa, fundada no início do século XX com a missão de promover a melhoria dos cuidados de saúde, definindo normas clínicas e manuais de boas práticas. O seu programa de acreditação denomina-se nos dias de hoje *Health Care and Quality Unit* e integra uma empresa especializada na área da acreditação internacional. A sua actividade, inicialmente centrada nos cuidados hospitalares, foi também estendida aos CSP. Mendes (2012) citando o CHKS define 69 normas a serem avaliadas, distribuídas pelas seguintes áreas: gestão e liderança das organizações, funções institucionais, cuidados de saúde centrados nos doentes, serviços hoteleiros, prestação de serviços e serviços clínicos.

A **Joint Comission on Accreditation**, surgiu nos USA, também no século XX, através do *American College of Surgeons of Hospitals* em 1951 (Vaz, Saturno e Carneiro, 2010). Esta instituição passou a acreditar todas as unidades de saúde que recebiam financiamento do governo federal. Actualmente, depois dos ajustamentos onomásticos, a *Joint Comission Internacional* é uma organização vocacionada para a acreditação de unidades de saúde sejam elas privadas, públicas ou em regime de parceria, dirigidas a cuidados hospitalares, ambulatório ou cuidados primários mas também a estruturas de transporte médico e laboratoriais. Tem como missão estabelecer normas de qualidade que sejam aplicáveis a organizações de saúde de todo o mundo, focando-se na melhoria da segurança do utente. O modelo JCI assenta em duas secções distintas onde são avaliadas as várias dimensões. Na secção 1, dedicada às normas centradas nos doentes, são avaliados o acesso e continuidade dos cuidados de saúde, direitos dos doentes e das suas famílias, avaliação de doentes, prestação de cuidados aos doentes, cuidados cirúrgicos e anestésicos, gestão e utilização de medicação, educação dos doentes e das suas famílias, metas internacionais de segurança do doente. A secção 2 é dedicada às normas de gestão das organizações de saúde, contemplando a melhoria da qualidade e segurança dos doentes, prevenção e controlo de infecções, administração, liderança e orientação, gestão e segurança de instalações, qualificações e formação do pessoal e gestão da comunicação e da informação.

A **Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA)** é um organismo regional, cuja finalidade é promover a saúde da população abrangida, através da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, com a implementação de acções concretas junto das instituições prestadoras de cuidados. É ainda a responsável pelo desenho de um programa de acreditação das instituições e competências profissionais.

O modelo ACSA de acreditação valoriza em particular aspectos como os direitos dos cidadãos (preconizados pela OMS), a segurança dos doentes e profissionais, o rigor técnico e científico na prestação de cuidados, a ética na transparência de actuação, os resultados dos processos de saúde, a qualidade percebida pelo utente, as competências profissionais, a actuação custo-efectiva e o uso racional dos medicamentos e tecnologia.

Fortes, Mattos e Baptista (2011), analisaram a dinâmica da acreditação em três países Europeus, construindo um referencial sobre o estado da arte em França, Reino Unido e Catalunha, permitindo conhecer realidades distintas de organização, cujo objectivo é a melhoria da qualidade global dos cuidados prestados.

Em **França**, o sistema de segurança social foi criado com base numa rede de seguros de saúde, organizado por entidades empregadoras. A acreditação em França partiu de uma iniciativa legislativa que definiu a necessidade de criar um organismo responsável pela qualidade dos cuidados, a *Agence Nationale d'Accréditation e de Évaluation en Santé*, criada em 1997. Este organismo foi responsável pelo desenvolvimento de um programa de acreditação de hospitais, tendo construído um conjunto de normas e procedimentos cuja aplicação deu origem à acreditação de 150 hospitais. A realidade era apenas destinada aos Hospitais, abrangendo a totalidade dos serviços de cada unidade. A acreditação é obrigatória em França, sendo por isso eliminado o factor voluntário. O prazo para a acreditação de todas as unidades de saúde foi estabelecido, sendo o seu limite o ano de 2004. No caso das unidades que não iniciaram o seu processo de acreditação dentro do limpe estabelecido, a própria entidade tem autonomia para induzir o processo de acreditação, definindo e impondo metas específicas. Os resultados das unidades são públicos, existindo um benchmarking divulgado junto da opinião pública. A acreditação não concede nenhum certificado, servindo apenas como um estímulo à indução da melhoria da qualidade.

No **Reino Unido**, o sistema de saúde baseia-se no princípio da universalidade, com o Estado a assumir a responsabilidade do Sistema Nacional de Saúde. No final da década de 80, com o objectivo de evitar a crise de financiamento existente ao nível da saúde, as organizações de saúde passaram a funcionar como entidades independentes, introduzindo assim o factor competitivo. A preocupação com a qualidade foi induzida pelos organismos governamentais, com maior incidência sobre as unidades privadas. A qualidade dos cuidados de saúde britânica é publicada regularmente e divulgada junto da

população. Não existe uma diferenciação no financiamento das instituições, tendo em conta a qualidade apresentada. A acreditação é oferecida por várias instituições, com destaque para o *The King's Fund Audit* e o *Hospital Accreditation Program*.

A **Catalunha** é uma comunidade Espanhola que goza de autonomia face ao governo central. É a região com melhor desempenho económico, tendo sido também a primeira região a estabelecer um projecto de acreditação em saúde. O financiamento da saúde é garantido por um sistema de impostos, garantindo a sustentabilidade económica. O processo de acreditação da Catalunha foi criado em 1981, tendo sido o primeiro da Europa. A acreditação é voluntária, contudo, é aconselhável no caso de instituições que desejem ter contratos com o sistema público de saúde. Esta situação fez com que os hospitais com maior importância dessem início ao processo de acreditação. O processo de acreditação difere dos anteriormente apresentados, considerando que a visita a cada unidade acontece após a formalização de intenção em entrar no processo de acreditação. Esta característica, permite identificar claramente quais são os pontos fracos e as necessidades de melhoria.

A figura 1 traduz esquematicamente o resultado de um questionário aplicado aos países membros da *European Association of Quality in General Practice*, onde era estudado o sistema de saúde de cada país e o contexto da acreditação em saúde em termos de CSP. A taxa de resposta foi de 100%. Nove países referem ter programas de acreditação em curso (República Checa, Estónia, Alemanha, Holanda, Polónia, Portugal, Roménia e Turquia), cinco referem ter programas-piloto de acreditação (Bélgica, Croácia, Dinamarca, Eslovénia e Espanha) e dez referem não ter planos para a implementação de qualquer programa de acreditação em CSP (Lester , et al. 2012). O mesmo artigo menciona como *case-studies* a Polónia, o Reino Unido e a Estónia. A Polónia, com uma população de 38 milhões de pessoas, foi atravessada por uma conturbada crise política até ao início da década de 90. Apenas nessa altura foram incluídos os CSP na carteira de serviços prestados pelas autoridades. Em 2008, o parlamento polaco aprovou a criação do *National Center for Quality Assessment in Health Care*, onde era incluído o plano de melhoria da qualidade dos cuidados através da acreditação de unidades de saúde. A acreditação baseia-se na aprovação de 75% dos 123 pontos em avaliação. À data do estudo, 13 unidades de CSP estavam acreditadas. São identificadas como barreiras à acreditação o tempo consumido em todo o processo, o valor monetário despendido (800€), a estrutura organizacional do tipo *top-down* e a necessidade de retorno do investimento inicial (Lester & et al. 2012).

No Reino Unido, com uma população de 62 milhões de pessoas, existem dois programas de acreditação para CSP, introduzidos em 2011. São avaliados 78 critérios em seis domínios. Todas as informações são registadas *on-line* e ficam disponíveis ao público. Os programas de acreditação custam entre 2362€ e 4690€ sendo válido de 3 a 5 anos. Os prestadores não são remunerados pela qualidade, pelo que o financiamento representa um peso importante na decisão de investir neste processo (Lester & et al. 2012).

**Table 1. Summary of key features of the accreditation schemes**

|  | Czech Republic                | Estonia                            | Germany                     | Netherlands          | Poland             | Portugal                                | Romania                  | Turkey             | UK <sup>a</sup>   |
|--|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------|---|--------------------------|--------------------|-------------------|
| Scheme developer                           | National College + University | Estonian Society of Family Doctors | AQUA Institute + University | Dutch College of GPs | Ministry of Health | Andalusian Agency for Quality in Health | National Insurance House | Ministry of Health | RCGP + University |
| Year of introduction                       | 2009                          | 2009                               | 2003                        | 2005                 | 2004               | 2009                                    | 2006                     | 2010               | 2011              |
| Compulsory                                 | No                            | No                                 | No                          | No                   | No                 | No                                      | Yes                      | Yes                | No                |
| Organisational issues                      | No                            | No                                 | No                          | No                   | No                 | No                                      | Yes                      | Yes                | Yes               |
| Organisational/clinical/patient experience | Yes                           | Yes                                | Yes                         | Yes                  | Yes                | Yes                                     | No                       | No                 | No                |
| Number of criteria                         | 120                           | 18                                 | 220                         | 187                  | 123                | 112                                     | 45                       | 38                 | 78                |
| Duration of scheme                         | 3 years                       | 1 year                             | 3 years                     | 3 years              | 3 years            | 5 years                                 | 2 years                  | 1 year             | 3 years           |
| Cost of the scheme to the organisation, €  | 1000                          | Free                               | 2500                        | 6240                 | 800                | <3500                                   | 250                      | Free               | 2362              |
| Initial pilot stage                        | Yes                           | Yes                                | Yes                         | Yes                  | No                 | Yes                                     | No                       | No                 | Yes               |
| Inclusion of an improvement plan           | No                            | Yes                                | Yes                         | Yes                  | Yes                | Yes                                     | Yes                      | No                 | Yes               |
| Digital or paper assessment                | Both                          | Digital                            | Both                        | Both                 | Paper              | Digital                                 | Paper                    | Paper              | Digital           |
| Self-assessment or face to face            | Face to face                  | Both                               | Both                        | Face to face         | Face to face       | Both                                    | Both                     | Face to face       | Self              |
| Includes a practice visit                  | Yes                           | Yes <sup>b</sup>                   | Yes                         | Yes                  | Yes                | Yes                                     | Yes                      | Yes                | No                |
| Benchmarking against other practices       | No                            | No                                 | Yes                         | Yes                  | No                 | Yes                                     | No                       | Yes                | No                |
| Publically reported                        | No                            | Yes                                | Yes                         | No                   | Yes                | Yes                                     | No                       | Yes                | Yes               |
| Practices completed accreditation, %       | ≤1                            | 22.4                               | 3                           | 30                   | ≤1                 | ≤1                                      | 100                      | 100                | 0                 |

<sup>a</sup>UK data refers to the Practice Accreditation scheme only and not the Quality Practice Award. <sup>b</sup>Yes for A grade practices.

**FIGURA 1 - ASPECTOS-CHAVE DOS VÁRIOS MODELOS DE ACREDITAÇÃO (FONTE: LESTER & ET AL. 2012)**

A Estónia, com uma população de cerca de 1,3 Milhões de habitantes, tem cerca de 800 médicos de família, tendo introduzido a acreditação nos CSP em 2009. O processo é conduzido pela *Estonian Society of Family Doctors* e não envolve custos de participação. Os dados são avaliados e cada médico é classificado de C a A. Os clínicos não são remunerados em função da qualidade, utilizando a acreditação como marketing profissional (Lester & et al. 2012).

## Acreditação - Indutor da Qualidade?

Foram identificadas 10 dimensões associadas aos CSP, contribuindo para avaliação da qualidade global. Cada dimensão associa um conjunto de medidas que são apresentadas na tabela.

**Table 1 Result from the systematic literature review: identified primary care dimensions and features**

| PC Dimension                         | Feature   |
|--------------------------------------|---|
| Governance of the PC system          | 1. Health (care) goals; 2. Policy on equity in access; 3. (De)centralization of PC management and service development; 4. Quality management infrastructure; 5. Appropriate technology in PC; 6. Patient advocacy; 7. Ownership of PC practices; 8. Integration of PC in the health care system.                      |
| Economic conditions of the PC system | 1. Health care expenditure; 2. PC expenditures; 3. Health care funding system; 4. Employment status of PC workforce; 5. Remuneration system of PC workforces; 6. Income of PC workforce.  |
| PC workforce development             | 1. Profile of PC workforce; 2. Recognition and responsibilities of PC disciplines; 3. Education and retention; 4. Professional associations; 5. Academic status of PC disciplines; 6. Future development of PC workforce.   |
| Access to PC services                | 1. Availability of PC services; 2. Geographic access of PC services; 3. Accommodation of accessibility (incl. physical access); 4. Affordability of PC services; 5. Acceptability of PC; 6. Utilisation of PC services; 7. Equality in access.  |
| Continuity of care                   | 1. Longitudinal continuity of care; 2. Informational continuity of care; 3. Relational continuity of care; 4. Management continuity of care.  |
| Coordination of care                 | 1. Gatekeeping system; 2. PC practice and team structure; 3. Skill-mix in PC; 4. Integration of PC-secondary care; 5. Integration of PC and public health.  |
| Comprehensiveness of PC              | 1. Medical equipment available; 2. First contact for common health problems; 3. Treatment and follow-up of diseases; 4. Medical technical procedures and preventive care; 5. Mother/child/reproductive health care; 6. Health promotion.  |
| Quality of PC                        | 1. Prescribing behaviour of PC providers; 2. Quality of diagnosis and treatment in PC; 3. Quality of chronic disease management; 4. Quality of mental health care; 5. Quality of maternal and child health care; 6. Quality of health promotion; 7. Quality of preventive care; 8. Effectiveness; 9. Practice safety. |
| Efficiency of PC                     | 1. Allocative and productive efficiency; 2. Technical efficiency; 3. Efficiency in performance of PC workforce.   |
| Equity in health                     | 1. Equity in health   |

**FIGURA 2 - DIMENSÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE (FONTE: O'BEIRNEM MAEVE, ZWICKER, STERLING (ET AL), 2013)**

Existem várias estratégias para melhorar a qualidade nos CSP, uma delas é através de mecanismos de avaliação externa como a acreditação. Os padrões de acreditação para CSP foram primeiramente estabelecidos na Austrália durante dos anos 90, sendo acompanhados desde então por outras iniciativas internacionais onde obviamente se incluem programas europeus (O'Beirnem Maeve, Zwicker & Sterling, 2013).

Foram identificados três tipos de acreditação, as que são desenvolvidas na base da acreditação hospitalar (JCAHO), aquelas que são desenvolvidas especificamente para determinados serviços (*National Committee for Quality Assurance*) e as que são desenvolvidas com base na competência do prestador, em oposição à organização.

A OMS através do documento *“Developing hospital accreditation in Europe”*, desenvolve uma estratégia de implementação de programas de acreditação. Nos seus estudos defende a acreditação como a opção mais adequada para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde. O foco da discussão centra-se na acreditação como ferramenta para potenciar a melhoria de qualidade dentro da própria organização (Fortes, Mattos e Baptista, 2011).

A acreditação foi usada com sucesso para melhorar os resultados ao nível dos cuidados agudos, contudo, não é sabido se esses resultados se podem estender aos CSP. As referências são escassas no que diz respeito em determinar o impacto da acreditação ao nível dos resultados, percepção de qualidade, utilização de cuidados e custos (Lester & et al. 2012).

A pesquisa refere que o impacto da acreditação nos CSP é limitado. A acreditação em CSP existe em vários países, Canadá, USA, Austrália, Nova Zelândia, UK e Holanda. A acreditação é essencialmente uma opção não governamental, assente sob um processo voluntário. USA, Austrália e Canadá são os países mais empenhados em desenvolver processos de acreditação em CSP, oferecendo incentivos financeiros (O’Beirne Maeve, Zwicker & Sterling, 2013).

O estudo da efectividade destes programas é ainda embrionário. Existe uma falha importante sobre o estudo do impacto destes programas, suplantado apenas por aspectos peculiares de avaliação, centrados numa ou outra especificidade. Green & et al (2012) citados por Jaafaripooyuan, Agrizzi e Akbari-Hahighi (2012) encontraram evidência significativa de que os programas de acreditação promovem a mudança e o desenvolvimento profissional junto dos colaboradores das instituições. Os autores dividiram os estudos sobre acreditação em “grupos”, consoante o seu âmbito de análise: impacto financeiro, atitudes dos utentes e profissionais, promoção da mudança e desenvolvimento profissional e divulgação pública dos sistemas acreditados.

Sunol et al. citado por Jaafaripooyuan, Agrizzi e Akbari-Hahighi (2012) situou os estudos em três áreas distintas: o impacto da acreditação na qualidade e segurança dos cuidados prestados, eficiência das ferramentas de acreditação na formação de dados fiáveis para todos “stakeholders” envolvidos e o impacto na capacidade de desenvolver os sistemas de saúde.



Jaafaripooyuan, Agrizzi e Akbari-Hahighi (2012) desenharam um conjunto de medidas de performance para facilitar a avaliação de programas de acreditação em saúde, assim torna-se mais fácil ajustar os programas de acreditação às necessidades reais, reflectindo a opinião da comunidade científica e profissionais.

As medidas pode ser agrupadas em três categorias distintas, consoante a relevância dos diferentes aspectos dos programas de acreditação:

1. Impacto Social
2. Metodologia (questionário/standart)
3. Impacto Organizacional

É inegável que a acreditação funciona como um mecanismo protector no que diz respeito à segurança da sociedade, no acesso a cuidados de saúde de qualidade. Os programas de acreditação jogam com palavras chave como a qualidade e excelência. A acreditação pode assim ser vista como um novo posicionamento no mercado da saúde, com alto impacto social. A procura voluntária pela acreditação pode ser um sinal de óptima performance e sucesso destes programas, reforçando o seu impacto social. O envolvimento institucional na governação clínica e a divulgação pública de resultados confere ainda maior credibilidade e objectividade à acreditação. O número crescente de programas de acreditação pode induzir o aumento de confiança dos governos sobre os resultados da acreditação para salvaguardar o acesso a cuidados de qualidade. Esta situação pode ainda ter impacto na própria escolha dos utentes, preferindo unidades acreditadas ao invés de escolherem unidades sem “garantia de qualidade” (Jaafaripooyuan, Agrizzi e Akbari-Hahighi, 2012).

Duas das metodologias mais utilizadas na acreditação de unidades de saúde são a auditoria clínica e a implementação de standart's. As auditorias estão classificadas como “*eyes, ears and hands*” de qualquer programa de acreditação, sem o qual a sua prossecução seria insustentável. Contudo, é feita referência à necessidade de treino dos auditores, no sentido de detectarem o “jogo” dos hospitais. As normas são também um elemento-chave para a acreditação das unidades. A escolha das normas, o nível e o contraponto com a realidade são fundamentais para determinar a credibilidade do processo de acreditação. É por isso importante que as normas sejam revistas de acordo com os padrões mais avançados no que diz respeito ao estado da arte. Outro aspecto

importante está relacionado com a clareza das normas, devendo assumir objectividade na sua medição e facilidade na observação por parte dos auditores.

A *Accreditation Canada Institution* defende um processo de acreditação baseado em padrões óptimos e exequíveis dentro dos limites e restrições de recursos. Foi também recomendado pelos especialistas a aplicação de um processo consensual na definição de normas, bem como o empenho dos vários interessados na acreditação e definição das mesmas, por níveis de acreditação. Os resultados em saúde, medidos em indicadores de desempenho são cada vez mais importantes. A falta de evidência de resultados perante os *inputs* introduzidos no sistema, levou à necessária introdução de indicadores de resultados.

De Walcque et al citados por Jaafaripooyuan, Agrizzi e Akbari-Hahighi (2012) referem-se a medidas de resultados como o determinante do impacto final de um programa de acreditação. Como estes resultados são frequentemente intangíveis, são avaliados com base em estrutura e processos, defendendo que boas premissas conduziram a bons resultados. A inclusão de indicadores de resultados, poderia aumentar o envolvimento dos profissionais, atitude fundamental em qualquer processo de acreditação. A revisão constante das normas é outro aspecto importante. No caso da JCAHO as normas hospitalares são revistas anualmente e as normas de outras unidades de saúde são revistas com periodicidade bienal. O impacto dos programas de acreditação é explicado a nível micro pelos resultados imediatos, de longa duração e efeitos indirectos. O comprometimento das unidades de saúde com os programas de acreditação é o sinal mais tangível da sua eficácia, entendendo-se aqui a capacidade em melhorar a sua qualidade, tendo como meta as normas do programa. Exemplo disso são a criação de equipas dedicadas à melhoria dos cuidados, no que diz respeito ao alinhamento com as normas definidas pela acreditação. Apesar deste “impacto” inicial, a acreditação deve ser vista como um elemento capaz de induzir a mudança de comportamentos, sustentada ao longo do tempo. A acreditação deve ser vista como um ganho económico que legitima as unidades de saúde na prestação de cuidados e que pode abrir um leque de oportunidades no que diz respeito a melhor remuneração, quando estão envolvidos sistemas privados ou seguros que promovam o pagamento pela qualidade (Jaafaripooyuan, Agrizzi e Akbari-Hahighi, 2012).

O'Beirne, Zwicker & Sterling (2013) estudaram o estado da acreditação em CSP, apresentando as suas conclusões em três dimensões: resultados, utilização de recursos e custos e percepção de prestadores e pacientes.

Há evidências de melhores resultados ao nível das unidades acreditadas. Citando Braun et al os autores referem que unidades acreditadas apresentam-se mais focados na segurança dos utentes e na gestão do risco global, sendo desenvolvidos mais projectos de melhoria da qualidade, nomeadamente auditorias aos registos clínicos e formação de recursos humanos. A acreditação induz o trabalho em equipa, melhora o acesso aos cuidados, melhora a preocupação com "*patient-safety*", melhora os processos de prática de cuidados e a qualidade dos cuidados no geral, através de um esforço comum e integrado, centrado na qualidade. A acreditação representa uma sobrecarga financeira e humana para as instituições, com um retorno incerto face ao investimento inicial em termos monetários. Não existem contudo muitos dados de avaliação económica da acreditação. Os estudos que existem apenas incluem os custos directos com a acreditação, não considerando os custos indirectos (considerados mais elevados) resultantes da adaptação aos "*standarts*" exigidos. A redução dos custos associados ao erro médico e a implementação de sistemas de melhoria da qualidade podem tornar a acreditação mais custo-efectiva, através da melhoria dos resultados. Os resultados sugerem que as unidades de saúde acreditadas parecem ser mais custo efectivas que as não acreditadas (O'Beirne, Zwicker & Sterling, 2013).

Os custos da acreditação são muitas vezes compensados pelo pagamento pela qualidade, como valor acrescentado aos cuidados prestados. Em alguns países, a utilização do *fee-for-service* é compensadora para as unidades acreditadas.

Existe pouca evidência sobre a percepção do prestador de cuidados face à acreditação. Os gestores sentem que a acreditação trouxe maior colaboração e cultura de melhoria da qualidade, juntamente com melhor compreensão sobre a estrutura da organização. O restante "*staff*" considera a acreditação como um mecanismo de controlo burocrático. Os prestadores do Canadá, Nova Zelândia e UK reconhecem a importância de investir na acreditação como um mecanismo de melhoria que demonstra empenho global na qualidade e segurança dos doentes.

A atitude positiva face à acreditação não é contudo unânime. É feita a referência à Austrália onde cerca de 75% dos prestadores não vê necessidade de grandes mudanças. Esta resistência é vista essencialmente nos prestadores cuja idade se encontra mais

próxima da reforma (o que na Austrália representa quase 50% dos médicos). São frequentemente apontados como verdadeiros desafios no que diz respeito à acreditação em CSP, o reconhecimento do risco, a formação dos recursos humanos para a qualidade, a falta de tempo e de recursos (O'Beirne, Zwicker & Sterling, 2013).

Pomey & et al. (2010) sugerem que são necessários mais estudos para comprovar se a acreditação melhora a qualidade dos cuidados prestados. Contudo, os estudos efectuados no Canadá, assumem que existe uma ideia pré-concebida que a acreditação é uma garantia de qualidade. As alterações organizacionais durante a fase de auto-avaliação foram as mais importantes no processo de acreditação. Permitiu aos vários intervenientes no processo de prestação de cuidados integrarem a noção da construção de uma "nova equipa". A acreditação provou ser igualmente um bom meio de envolvimento dos vários *stakeholders*, alinhando assim as metas a atingir, definindo prioridades. Foi identificado como promotor da mudança, o envolvimento que a administração das unidades em processo de acreditação gerou em torno da implementação de normas, admitindo preferencialmente profissionais com formação em gestão e liderança.

---

# Qualidade e Acreditação - A realidade Portuguesa

O planeamento e regulação do SNS são matérias, cuja responsabilidade se centra no MS e respetivas instituições. O país está dividido em cinco regiões de saúde, cada uma é gerida por uma ARS, que responde ao MS. Cada administração tem como responsabilidade a gestão estratégica da saúde da população, a supervisão e controlo dos hospitais, a gestão dos CSP e a implementação dos objetivos do PNS. Também é responsável pela contratação de serviços com os hospitais e com o setor privado para os utentes do SNS (Barros, Machado e Simões, 2001).

## Cuidados de Saúde Primários

Antes de 1971, segundo o Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS,2011), a saúde em Portugal era constituída por várias instituições das quais se destacavam as Misericórdias (associadas a intenções caritativas), os serviços médicos sociais (associados a caixas de previdência profissionais), os serviços de saúde pública (vocacionados essencialmente para a protecção da saúde), os hospitais estatais, gerais e especializados (localizados nos grandes centros urbanos) e os serviços privados (dirigidos aos estratos sociais mais elevados). Este “sistema”, com articulação e eficácia duvidosas, medido por altas taxas de mortalidade infantil e baixa esperança média de vida à nascença, deixava um Portugal desfocado na fotografia dos países desenvolvidos.

O DL 413/71 de 27 Setembro constituiu a “consagração do reconhecimento do direito à saúde, implícito na própria Constituição”, reforçado pela organização do MS e da Assistência (DL 414/71 de 27 de Setembro), cuja acção levou a uma reestruturação dos serviços, administrando a política de saúde através das Direcções Gerais de Saúde e dos Hospitais. Estavam assim criados os CS de 1ª Geração, com base concelhia, cuja proximidade à população se materializava com as extensões de saúde, muitas vezes em estruturas já em funcionamento.

A segunda geração de CS surge por Despacho Normativo 97/83, 22 de Abril, criando a carreira médica de clínica geral, permitindo uma boa cobertura nacional de cuidados,

integrando os postos médico-sociais e os centros de saúde. Estas unidades, sem personalidade jurídica nem autonomia financeira, dependiam linearmente de organismos centrais.

Os CS de 3ª Geração são criados por força do DL 157/99 de 10 de Maio, cujo objectivo seria anular a dependência orgânica e funcional das Administrações Regionais de Saúde, dotando-os de “personalidade jurídica, através de uma matriz organizacional flexível e funcional”. Foram realizadas várias tentativas para a implementação desta legislação. Também sem sucesso, a Lei 60/2003 previu a criação da Rede de Centros de Saúde “com articulação em permanência com os cuidados hospitalares e cuidados continuados”.

Em 2005, o DL 88/2005 estabelece “o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde e que consagra uma matriz organizativa com base em unidades de saúde familiar”. A 12 de Outubro de 2005, é criada através da RCM 157/2005 a MCSP que tem como objectivo “a condução do projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar”.

Financeiramente, o sistema seria cada vez mais oneroso, atingindo em 2050, segundo previsões da OCDE, 13,1% do PIB caso não fossem criadas reformas que alterassem a situação. A informação produzida era igualmente escassa, fruto da fraca utilização de meios tecnológicos e centralização da decisão (Portugal, 2006).

Desta forma, em 2005, existiam 351 centros de saúde, 1823 extensões de saúde e 254 serviços de atendimento permanente. Este conjunto de unidades prestadoras de cuidados, sem autonomia nem personalidade jurídica, estavam totalmente dependentes de uma hierarquia centralizada nas Administrações Regionais de Saúde, o que limitava as decisões operacionais (Portugal, 2006). O ponto de não retorno desta reforma foi a publicação do DL 298/2007 de 22 Agosto, acompanhando as Unidades de Saúde Familiar (USF) na revisão estratégica para a reestruturação do modelo organizacional dos CSP.

A fusão dos CS em cerca de 70 ACES, estabelecido pelo DL 28/2008 de 22 Fevereiro, permitiu reorganizar a estrutura dos CSP em equipas funcionais com objecto de actuação bem definido e complementar entre si, “tornando as decisões mais céleres e próximas das equipas multiprofissionais e comunidades, que são quem verdadeiramente protagoniza dos CSP” (Portugal, 2012). O mesmo diploma configura o regime de organização e funcionamento dos ACES conferindo-lhe “autonomia administrativa” através de “serviços

desconcentrados da respectiva Administração Regional de Saúde, I. P. constituídos por “um ou mais centros de saúde”, organizados por “várias unidades funcionais de prestação de CSP, individualizados por localização” (DL 28/2008 de 22 Fevereiro). A “delimitação geográfica deve ter em conta “a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis”. “Cada unidade funcional é constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica e actua em intercooperação com as demais unidades funcionais do CS e ACES”, sendo definido no DL 28/2008 de 22 de Fevereiro qual a estrutura de cada unidade funcional, excepto a USF que tem um diploma próprio (DL 298/2007 de 22 de Agosto).

### **Unidades de Saúde Familiar**

As unidades de saúde familiar são o foco principal da reestruturação dos CSP levada a cabo desde 2005. O DL 298/2007 de 22 de Agosto estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF.

Por definição, as USF são unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais. Constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento. Estas unidades de agregação voluntária, partem da iniciativa dos profissionais dela fundadores, sendo o seu funcionamento baseado na autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais. O artigo 5º do DL 298/2007 de 22 de Agosto define os sete princípios pelos quais se orientam as USF - Conciliação, Cooperação, Solidariedade, Autonomia, Articulação, Avaliação e Gestão participativa. O mesmo diploma prevê que seja estabelecido um programa de actuação nos CSP, onde estará explícito o compromisso assistencial, os objectivos, indicadores e metas a atingir nas áreas de acessibilidade, desempenho assistência, qualidade e eficiência. É ainda definida uma carteira de serviços que deverá constar do compromisso assistencial acordado entre o responsável da USF e dos ACES onde se engloba.

Como já foi referido, o quadro legal prevê a diferenciação das USF em três modelos, A, B e C. O Despacho 24100/2007 de 22 de Outubro, apresenta as características de cada modelo, tendo em conta os processos que os constituem, nomeadamente grau de autonomia organizacional, diferenciação do modelo retributivo e de incentivo dos profissionais, modelo de financiamento e respectivo estatuto jurídico.

**Modelo A** - Constitui o menos diferenciado de todos os modelos de USF, correspondendo a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento no trabalho em equipa, sendo o primeiro contributo para a contratualização interna. É uma fase indispensável no sentido de alterar o paradigma individual para uma estrutura articulada onde a equipa significa mais que a soma das várias partes que a constituem.

**Modelo B** - Indicado para equipas com maior amadurecimento profissional e hábito efectivo de trabalho em equipa de saúde familiar, disponíveis para aceitar um nível mais exigente de contratualização e integrar o programa de acreditação das USF no prazo máximo de 3 anos.

**Modelo C** - Estrutura experimental, ainda sem enquadramento legal, abrange unidades que se venham a constituir nos setores social, cooperativo ou privado, cuja atividade assentaria num contrato-programa celebrado com a Administração Regional de Saúde da respetiva área geográfica.

## Avaliação do Desempenho nos CSP

Com a criação dos ACES foram extintas todas as sub-regiões de saúde, contribuindo assim para a inversão do tradicional sistema de administração do tipo comando-controlo, seguindo na direcção de um maior enfoque no cidadão como elemento de organização dos CSP. A constituição dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) criou a necessidade de melhorar a estratégia nacional para a implementação do processo de contratualização com os prestadores, contribuindo desta forma para uma gestão eficaz das necessidades das populações, melhorando o acesso e obtendo ganhos em saúde.

No ano 2010 foram implementados em conjunto com os ACES dois instrumentos de gestão importantes, o Plano de Desempenho (PD) e o Contrato Programa (CP). Em conjunto, permitem a promoção de autonomia e responsabilização dos prestadores. O processo de contratualização deve reduzir o hiato entre o estado de saúde actual e o estado de saúde desejável da população. A definição de prioridades baseia-se nas necessidades de saúde específicas de cada região, cruzadas com as necessidades levantadas pelo Plano Nacional de Saúde, complementando igualmente as iniciativas da DGS. Ficam assim criadas as condições para que seja possível a cada ACES definir qual o melhor caminho a traçar no Plano de Actividades, documento redigido considerando o



conjunto das necessidades das várias unidades funcionais. O Plano de Desempenho (PD) é um instrumento estratégico negociado anualmente com o ACES, onde constam indicadores de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde, sendo ainda definidas as prioridades assistenciais com referência aos recursos disponíveis (humanos, físicos e financeiros). A proposta de PD é analisada pela ARS e aprovada após negociação entre os intervenientes. O Contrato Programa (CP) é o documento assinado entre o ACES e a respectiva ARS que concretiza o compromisso assumido no PD e identifica todo o processo de acompanhamento, monitorização e avaliação das actividades. Os indicadores do CP podem não contemplar todos os previstos do PD, fruto da negociação, contudo, no documento final, constam 20 indicadores, dos quais 14 pertencem ao eixo nacional, com um peso mínimo de 60% nos objectivos de qualidade e eficiência. Os restantes seis indicadores são distribuídos pelo eixo regional (4 indicadores) e local (2 indicadores), com um peso máximo de 20% para cada eixo. Cada indicador tem uma meta que depende da negociação a ser efectuada entre a ARS e o ACES. As metas têm como objectivo a exigência, contudo devem ser viáveis e baseadas nas melhores práticas, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde. São definidas com base nos objectivos de cada plano de saúde, no histórico observado nos últimos três anos e nas características do ACES.

Para o ano de 2012 foram seleccionados 15 indicadores base, comuns a todas as USF, escolhidos com base na sua disponibilização e validação pelos sistemas de informação. Estão agregados em quatro dimensões, Acesso (4 indicadores), Desempenho Assistencial (8 indicadores), Qualidade percebida (1 indicador) e Desempenho económico (2 indicadores). Conjuntamente com a contratualização dos indicadores associados à carteira básica de serviços, deverá ser implementado um plano de acompanhamento interno, avaliando o grau de cumprimento dos compromissos. As metas contratualizadas são classificadas como Atingidas, Quase atingidas ou não atingido, atribuindo respectivamente 2, 1 ou 0 (zero) pontos a cada indicador. A atribuição da escala resulta da percentagem de cumprimento dos indicadores, normativamente definida.

## A Qualidade em Portugal

Pisco e Biscaia (2001), apresentam uma resenha histórica dos marcos nacionais ao nível da qualidade. O início, ainda que tardio relativamente ao “mundo desenvolvido”, teve o seu mote na década de 80 por iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública, realizando vários seminários internacionais, co-participados pela Organização Mundial de Saúde. Na década de 90, houve um investimento importante na área da qualidade em saúde, com incentivo institucional da Direcção Geral de Saúde (DGS), criando o Programa de Acção Concertada na Garantia da Qualidade.

Em 1986 foi criado o Instituto Português da Qualidade, assumindo a função de gestão e coordenação do Sistema de Qualidade em Saúde. No início da década seguinte, em 1993, a DGS publica uma circular que determina a criação de comissões de qualidade em todos os estabelecimentos de saúde, acto sem expressão prática significativa. Os mesmos autores referem que, apenas no ano de 1998 a qualidade é assumida como um eixo fundamental dos cuidados de saúde, traduzindo-se na publicação do documento “Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século”.

Deste ponto até ao programa “Saúde XXI”, passa pouco mais de um ano, com ele é definida, pela primeira vez, a estratégia de qualidade, que passa pela criação do Sistema Português de Qualidade em Saúde, cuja missão consistia na melhoria continua da qualidade a nível nacional, através da criação de um conjunto de estruturas como o Conselho Nacional da Qualidade, o Instituto da Qualidade em Saúde, a Comissão Nacional de acreditação e a Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde. Mais uma vez, o impacto destas iniciativas teve pouca expressão prática, dado que algumas estruturas não chegaram a ser criadas ou não tiveram a sua acção prolongada no tempo.

O Instituto da Qualidade em Saúde, criado pela Portaria 288/99 na dependência do MS, com “autonomia científica, técnica e administrativa” (Portaria 288/99) cujo objectivo era “a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde” (Portaria 288/99), liderou alguns projectos de âmbito nacional dos quais destaco, o programa MoniQuor, o Programa Nacional de acreditação Hospitalar em parceria com o KFHQS, o Manual da Qualidade para a admissão e encaminhamento dos utentes, Normas de orientação clínica e a revista “Qualidade em Saúde”.

O programa “MoniQuor” foi um instrumento de avaliação e monitorização da qualidade organizacional ao nível dos CSP, tendo como objectivo promover a melhoria contínua da qualidade na gestão e organização dos centros de saúde, procurando o envolvimento dos profissionais na identificação e solução de problemas. Com uma participação elevada, esta iniciativa focou-se na auto-avaliação do desempenho de cada centro de saúde, baseando-se num conjunto alargado de critérios de qualidade, divididos em seis dimensões - organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação contínua e desenvolvimento da qualidade e instalações e equipamentos. Desta avaliação, era criado um ranking nacional, tendo como referência as boas práticas, sendo premiados os melhores resultados.

Com o novo desenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) no ano de 2006, foi realizada a adaptação deste instrumento para as Unidades de Saúde Familiar modelo B. Foram mantidas as seis dimensões, apesar da eliminação de alguns dos critérios anteriores, por não se enquadrarem com este modelo de organização e prestação de cuidados. Relativamente a resultados desta nova intervenção, não foi possível encontrar na literatura qualquer referência, destacando ainda a sua ausência ao nível da informação institucional.

O interregno causado pela reestruturação dos CSP termina com a criação do Departamento de Qualidade em Saúde tendo como missão “promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade”, tendo como prioridades estratégicas a “qualidade clínica e organizacional, Informação transparente ao cidadão, segurança do doente; qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde, gestão integrada da doença e inovação, gestão da mobilidade internacional de doentes, avaliação e orientação das reclamações e sugestões dos cidadãos utilizadores do Serviço Nacional da Saúde” (Portaria 155/2009). A portaria 155/2009 de 16 de Fevereiro atribui à DGS a competência nas “áreas do planeamento e programação da política nacional para a qualidade no sistema de saúde” (Portaria 155/2009).

## O Plano Nacional de Saúde - estratégia da qualidade

O Plano Nacional de Saúde para o período de 2011 a 2016 faz referência ao Serviço Nacional de Saúde como um exemplo de sucesso da democracia Portuguesa. O mesmo relatório, citando a OMS faz referência que os indicadores nacionais apresentam uma evolução muito favorável face à média do grupo dos 15 países da união europeia. Contudo, o relatório da OMS refere que existe em Portugal pouca avaliação da qualidade dos cuidados e da sua variabilidade, afirmando que, apesar das reformas estruturais levadas a cabo nos últimos anos, não existe evidência do seu impacto ao nível económico, social e de qualidade (Campos & Vaz, 2010).

No documento dedicado à Qualidade no PNS 2011-2016 são definidos treze objectivos estratégicos que confluem na melhoria global da qualidade nos cuidados de saúde em Portugal, dos quais destaco alguns.

### **Implementar uma estrutura de governação da qualidade dos cuidados de saúde**

O termo “clinical governance” foi introduzido pela primeira vez em 1997, pelo NHS, assumindo-se como parte de uma estratégia de modernização do sistema de saúde. Da tradução, governação clínica era definida como um processo através do qual as instituições prestadoras de cuidados de saúde seriam responsabilizadas pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços, garantindo elevados padrões e a excelência dos cuidados clínicos (Campos & Vaz, 2010). A introdução deste conceito representa uma importante reforma do sistema de saúde, assumindo-se como uma resposta do estado face aos problemas crescentes com a regulação da prática médica, valorizando desta forma a maior informação na posse dos consumidores.

Governação clínica é assim considerada como um sistema através do qual as instituições promovem uma abordagem integrada de gestão dos *inputs*, das estruturas e dos processos, tendo como objectivo a obtenção dos melhores resultados na prestação dos cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica (Chandra, 2004). Estes desenvolvimentos levaram a que fosse tida em conta a necessidade de mudança de uma governação espartilhada para um estilo integrado, apresentando o conceito de governação integrada como “um conjunto de sistemas, processos e comportamentos pelos quais os responsáveis devem liderar, dirigir e controlar as suas funções, de forma a atingirem os objectivos organizacionais, a

segurança e qualidade dos serviços e com os quais se relacionam os doentes, cuidadores, comunidade e as organizações com que têm parcerias” (C Campos & Vaz, 2010, citando DoH, 2006).

Na Europa, existem alguns países onde não figura nenhum quadro legal sobre a qualidade dos cuidados e outros onde apenas recentemente foram implementadas medidas, nos quais se inclui Portugal. Por outro lado, países como o Reino Unido, França e Espanha, entre outros, têm uma longa história na implementação de estratégias de qualidade (Campos & Vaz, 2010).

Das medidas tomadas, destacam-se ao nível dos CSP a contratualização de indicadores de qualidade que podem traduzir-se em incentivos financeiros, assumindo os ACES a preocupação com as questões da governação clínica, garantindo que cada unidade funcional colabora no que lhe compete para atingir os objectivos intermédios e finais, definidos para cada etapa, promovendo o envolvimento dos profissionais, utentes e comunidade.

São definidos como objectivo para o PNS 2011-2016 a implementação dos princípios da governação clínica, tendo em conta a segurança do doente e o combate ao desperdício como focos da responsabilização partilhada entre os vários agentes, percorrendo o caminho no sentido da estrutura global de governação do próprio sistema de saúde, de forma a que o desenho e articulação das várias estruturas seja alinhado com a qualidade desejada. É desenhada uma estratégia que passa pela existência de uma estrutura independente que avalie, monitorize e promova a qualidade dos cuidados de saúde, aos vários níveis de prestação: definição de mecanismos de responsabilização pela qualidade dos cuidados prestados, grupos dedicados à avaliação, melhoria e monitorização da qualidade em cada instituição de saúde, com orçamento e staff próprio e aumento da formação em qualidade na saúde.

### **Promover uma cultura de avaliação da qualidade aos vários níveis do Sistema de Saúde**

Não existe em Portugal uma cultura de avaliação da qualidade dos cuidados, da sua variabilidade e das mudanças implementadas, mesmo considerando as reformas implementadas, a sua avaliação é quase inexistente (Campos & Vaz, 2010). Excepção feita à avaliação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 feito pela OMS, nada foi publicado no sentido de evidenciar a avaliação dos cuidados prestados, onde foi referida

a importância das autoridades regionais na definição de objectivos intermédios, adequados às necessidades específicas, assim como a importância do envolvimento da comunidade e da publicação de resultados de ganhos em saúde.

Foram assim definidos como objectivos nesta área a promoção de uma cultura de avaliação vertical, em todos os níveis, com a realização anual de ciclos de melhoria, monitorização e análise, em cada organização bem como uma avaliação das reformas já implementadas, disponibilidades para consulta pública.

A estratégia definida passará obviamente pela avaliação externa em todos os níveis do sistema, sendo que ao nível da avaliação de desempenho dos profissionais, devem ser seleccionadas medidas com impacto na qualidade, alinhadas com os objectivos e políticas definidos. É igualmente importante que exista uma iniciativa política central para a promoção desta cultura de avaliação.

### **Promover as melhores práticas ao nível do financiamento e sistema de pagamentos com impacto na qualidade**

O financiamento é um elemento estrutural dos cuidados de saúde com forte influencia sobre o comportamento dos profissionais e organizações, sendo contudo, muitas vezes negligenciado na abordagem da qualidade (Campos & Vaz, 2010). Assim, foram definidos como objectivos o desenho de novas formas de financiamento que promovam mais eficazmente a eficiência das instituições, introduzindo a preocupação com o nível de custos atingido, com a racionalidade na utilização de recursos e com a qualidade dos cuidados e a implementação de uma política de incentivos alinhada com os objectivos de qualidade, assente num bom sistema de indicadores e numa correcta medição dos mesmos.

Das estratégias propostas consta a avaliação dos sistemas de pagamento introduzidas pelas Unidades Locais de Saúde, desenhando novas formas de financiamento para hospitais e centros de saúde, através de pagamento prospectivo com segmentação criteriosa dos cuidados a serem prestados, protegendo as componentes de promoção da saúde e dos processos preventivos. Existe referência à necessidade de considerar a referenciação de doentes dos CSP para os hospitais no fluxo financeiro atribuído aos CSP, sendo o valor de referência para esse fluxo, não o custo de tratamento dos CSP mas do hospital. As actividades de prevenção nos CSP deverão ter um tratamento autónomo, sendo considerando, por exemplo, o pagamento por programas. É ainda

referida a criação de sistemas de custeio da qualidade para as instituições do Sistema Nacional de Saúde.

### **Assegurar a monitorização da qualidade dos cuidados de saúde aos vários níveis do sistema**

A monitorização da qualidade consiste na “identificação de aspectos relevantes dos serviços que se oferecem e na medição sistemática e planificada de indicadores sobre a sua qualidade com o objectivo de identificar oportunidades de melhoria ou problemas de qualidade” (Campos & Vaz, 2010). Os mesmos autores apresentam como uma etapa estrutural a definição dos indicadores e o desenho de um plano de monitorização, permitindo assim medir o nível de qualidade do serviço que prestamos e a comparação, quer com outras unidades quer com padrões pré-estabelecidos.

Os indicadores devem por isso ser válidos, identificando problemas de qualidade, incidindo sobre os resultados ou áreas de impacto sobre os resultados; fiáveis, não abertos a diferentes interpretações; úteis para a melhoria da qualidade e fáceis de implementar. Os autores consideram ainda que devem ser bem definidos no que diz respeito à dimensão da qualidade que avaliam e população a que se aplicam.

# Programa Nacional de Acreditação em Saúde

O Programa Nacional de acreditação em Saúde (PNAS) constitui uma acção específica do Departamento de Qualidade na Saúde que, sob alçada da Direcção Geral de Saúde, pretende melhorar a qualidade dos cuidados prestados a cada cidadão. Neste sentido, foi adaptado à realidade Portuguesa o Modelo de acreditação de Unidades de Saúde da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia, (ACSA)* tornando-se no instrumento aceite e defendido pela tutela, no que diz respeito à acreditação de unidades de saúde.

Este modelo de acreditação assenta em três pilares básicos, a gestão por processos, gestão clínica, gestão por competências e a avaliação da integração desses processos, bem como dos resultados e da efectividade das medidas tomadas, utilizando para isso um conjunto de indicadores. São valorizados em especial relevo aspectos relacionados com os direitos dos cidadãos (preconizados pela OMS), a segurança, as competências profissionais, a transparência na actuação, os requisitos de rigor técnico e científico na prestação dos cuidados de saúde, os resultados dos processos de saúde, a percepção que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados.

O Modelo Nacional de acreditação é coerente com a estratégia nacional para a qualidade na saúde, considerando as ferramentas de gestão desenvolvidas, tendo em vista a melhoria contínua o SNS. (Portugal, 2009) Baseia a sua actividade nos referenciais internacionais do estado da arte, segurança do utente/profissionais, tendo em conta as expectativas do cidadão. A atitude revelada e exigida pelo programa é dinâmica e progressiva, esperando que cada unidade caminhe na busca da excelência ao longo da linha do tempo. O programa de acreditação parte da iniciativa dos profissionais de cada unidade que, de forma voluntária, assumem a motivação para a melhoria continua na prestação de cuidados.

Como modelo de acreditação, a sua actividade centra-se em auditorias inter-pares, efectuadas por profissionais de saúde, devidamente formados no Modelo ACSA, abrangidos pelo dever de confidencialidade e sigilo. Todo o processo de acreditação é suportado por uma ferramenta informática na qual se centralizam as várias actividades dos serviços, candidatos à acreditação. O programa é transversal para todas as unidades de saúde, incluindo hospitais, centros de ambulatório, agrupamentos de centros de saúde, laboratórios ou centros de formação contínua de profissionais e está assente em “standarts” - conjunto de padrões de referência - agrupados em cinco blocos:



1. O cidadão como centro do sistema de saúde:
  - a. Utentes: satisfação, participação e direitos;
  - b. Acessibilidade e continuidade na prestação de cuidados;
  - c. Documentação clínica.
2. Integração e continuidade dos Cuidados de Saúde:
  - a. Gestão dos processos de prestação dos cuidados de saúde;
  - b. Actividades de promoção e programas de saúde;
  - c. Direcção da organização.
3. Os profissionais:
  - a. Profissionais, formação e evolução.
4. Áreas de suporte:
  - a. Estrutura, equipamentos e fornecedores;
  - b. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação;
  - c. Sistemas da qualidade.
5. Os resultados:
  - a. Resultados chave da organização.

A acreditação de unidades de saúde pelo modelo ACSA pressupõe dois momentos-chave de avaliação, a auto-avaliação e a avaliação externa. Na auto-avaliação os profissionais da unidade de saúde, em conjunto, identificam a sua posição actual face aos padrões definidos pelo modelo, sendo uma oportunidade de crescimento profissional e organizacional. Esta fase é sempre acompanhada por uma plataforma informática e por um elemento qualificado, representante da entidade acreditadora, afecto ao Departamento da Qualidade na Saúde.

A avaliação externa é realizada por equipas qualificadas do Programa Nacional de acreditação em Saúde, avaliando, observando e reconhecendo as evidências da qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta o predito pelos *standarts* do programa. Também esta fase encontra suporte numa aplicação informática, desenhada para o efeito. Os *standarts* constituem um sistema dinâmico, em constante evolução, para o qual contribuem a legislação vigente, o Plano Nacional de Saúde, Programas Nacionais de Saúde, Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, evidência científica, elementos de melhoria contínua e boas práticas e referências nacionais e internacionais.

Estar acreditado significa “um reconhecimento externo e público de que a unidade de saúde Acreditada cumpre os requisitos necessários para desenvolver e prestar cuidados de saúde de qualidade, em segurança e que implementou o seu próprio programa de melhoria de qualidade” (Portugal, 2009).

O modelo de acreditação de unidades de saúde baseia-se num pressuposto de progressão em três níveis: Bom, Ótimo e Excelente (Figura 3). Esta ordem de grandeza, respectivamente, reflecte o cumprimento de maior quantidade de *standarts*.

|           | Bom                             | Ótimo | Excelente |
|-----------|---------------------------------|-------|-----------|
| GRUPO I   | > 70%<br>Incluindo obrigatórios | 100%  | 100%      |
| GRUPO II  |                                 | > 40% | 100%      |
| GRUPO III |                                 |       | > 40%     |

**FIGURA 3 - NÍVEIS DE ACREDITAÇÃO E GRUPOS DE STANDARTS (FONTE: PORTUGAL, 2009)**

Os *standarts* estão agrupados em três grupos de complexidade crescente, permitindo a cada unidade, na fase de auto-avaliação, a identificação do posicionamento actual.

Existe, na fase de estabilização dos *standarts* obrigatórios a situação de “acreditação pendente”. Quando os níveis Bom ou Ótimo são atingidos, a unidade pode optar pelo avanço para o nível seguinte, após 1 ano desde a acreditação.

No Grupo I, estão incluídos os *standarts* classificados como obrigatórios, existindo outros que, não sendo obrigatórios, estão relacionados com direitos dos cidadãos, aspectos da

segurança do utente e profissionais, princípios éticos e elementos estratégicos alinhados com as prioridades do SNS. O grupo II é caracterizado por elementos associados a um maior grau de desenvolvimento da unidade. O grupo III demonstra o carácter de topo da unidade, atingido através da inovação e do desenvolvimento que proporciona à sociedade.

---

# Objectivos

A revisão de literatura efectuada na primeira parte deste trabalho, procurou abranger as temáticas associadas à qualidade em saúde, nomeadamente no que diz respeito à gestão da qualidade nas instituições de saúde. Procurou também apresentar o estado da arte em termos da acreditação e o seu impacto ao nível dos resultados que, como vimos, podem ser classificados de formas muito distintas. Este capítulo pretende clarificar os objectivos do estudo, introduzindo as questões centrais da investigação e a metrologia utilizada.

## Descrição do problema

A qualidade é uma preocupação actual de todos os elementos envolvidos na prestação de cuidados. Os doentes, como consumidores, exigem cada vez mais informação sobre o seu estado de saúde e sobre os processos clínicos em que são envolvidos. Os profissionais, por seu lado, estão cada vez mais interessados na prestação de cuidados adequados, efectivos e de qualidade. Os gestores, preocupados com a questão do financiamento, procuram formas de garantir a eficácia e a eficiência das suas instituições, promovendo uma cultura de melhoria da qualidade global. Neste contexto, a acreditação surge como a melhor forma de assegurar que todos os intervenientes vêem atingidos os seus objectivos. Contudo, os resultados não são tão lineares quanto possa parecer. Em primeiro lugar pela complexidade do conceito de qualidade em saúde, que torna difícil medir e comparar resultados. Por outro lado, as diferenças nos sistemas de saúde de cada país tornam complexa a extrapolação de metodologias de avaliação da qualidade. Existem, no entanto, alguns programas transversais a vários países e que se têm demonstrado competentes na melhoria da qualidade global.

A literatura é unânime na valorização da acreditação para a mudança de aspectos relacionados com a estrutura e processos ao nível da prestação de cuidados de saúde, contudo, o efeito ao nível dos resultados gera menor consenso.

Ao nível dos CSP, a acreditação é ainda mais recente, sendo escassa a informação disponível. Portugal, na última década, levou a cabo um conjunto de transformações severas na organização dos CSP, abrindo caminho para uma estrutura menos centralizada e mais focada nas necessidades das populações. Com a criação da USF,

ficou em aberto a obrigatoriedade de acreditação para todas as unidades em Modelo B, nas quais existia também uma componente de financiamento adjudicada ao desempenho. Este desenho, sem comparação a nível europeu, não foi contudo alvo de avaliação, no que diz respeito à sua eficácia e eficiência. Da mesma forma, a acreditação de USF (em curso desde 2009) não foi avaliada em termos do desempenho das respectivas unidades.

Tendo em conta que a avaliação é um factor-chave para a melhoria do desempenho, juntamente com a aplicação de acções incisivas sobre resultados críticos e desajustados das necessidades, considero pertinente estudar o impacto da acreditação ao nível dos resultados dos CSP.

### **Questões de Investigação**

Comparar unidades acreditadas em CSP implica necessariamente olhar para as Unidades de Saúde Familiar (USF), visto serem a única estrutura, dentro dos CSP, alvo de acreditação. Perante a problemática descrita, surge uma questão fundamental que serve de mote à investigação:

*As USF acreditadas prestam melhores cuidados que as USF Não Acreditadas?*

Para ser possível a resposta a esta pergunta, é necessário decompô-la noutra, igualmente pertinente, que serve de base à investigação:

*As USF acreditadas apresentam melhores resultados, ao nível dos indicadores de desempenho, quando comparadas com as USF não acreditadas?*

Para que a utilização dos indicadores seja válida e permita comparações, todas as USF devem proceder à publicação dos resultados. Desta forma, identificou-se, dos indicadores contratualizados a nível nacional, aqueles que são transversais a todas as USF, agrupados por dimensões.

## Objectivo Geral

O objectivo geral deste projecto é **estudar o impacto do Programa Nacional de acreditação ao nível dos CSP, através da comparação dos indicadores de desempenho das Unidades de Saúde Familiar no ano de 2012.**

## Objectivos Específicos

O raciocínio produzido foi, verificar a existência de diferença significativa entre USF acreditadas e não acreditadas. Para cumprir o objectivo geral, foram delineados três objectivos específicos, relacionados com os indicadores disponíveis para estudo, no ano 2012, permitindo uma abordagem ao desempenho das USF.

1. Comparar individualmente em cada par (USF Acreditada vs USF Não Acreditada), os resultados dos 14 indicadores de desempenho contratualizados em 2012, analisando as diferenças estatisticamente significativas, por par e por indicador, identificando tendências de comportamento, ao nível regional e por dimensão do desempenho;
2. Analisar, por indicador, o comportamento agregado das USF Acreditadas e Não acreditadas;
3. Analisar o grau de cumprimento das metas propostas, comparando unidades acreditadas e não acreditadas.

---

# Metodologia

Neste capítulo pretende-se descrever o desenho do estudo em curso. Será demonstrado o processo de selecção da amostra e o planeamento do projecto de investigação, tendo em conta o objectivo do trabalho. Importa clarificar que o que move o investigador está exclusivamente relacionado com a avaliação da acreditação enquanto indutor da qualidade dos cuidados prestados, no sentido de contribuir para o pensamento estratégico ao nível dos CSP e da acreditação em Portugal.

## Desenho do Estudo

O estudo pretende avaliar o impacto do Programa Nacional de Acreditação ao nível dos CSP, através da comparação dos indicadores de desempenho das Unidades de Saúde Familiar no ano de 2012.

Estamos perante um estudo observacional, longitudinal do tipo caso controlo cuja variável independente é a acreditação de USF e as variáveis dependentes são os indicadores de desempenho no ano 2012.

## Seleccção da Amostra

Para a identificação das **USF Acreditadas** foi necessário recorrer a dados oficiais do Departamento da Qualidade em Saúde, disponíveis na página web do respectivo organismo. Existem, à data do início deste estudo, (Janeiro 2014) nove (9) USF acreditadas no âmbito do Programa Nacional de acreditação em Saúde, todas a funcionar em Modelo B.

Na sua distribuição geográfica, a ARS Norte detêm três unidades acreditadas, ARS Centro conta com duas USF acreditadas e a ARSLVT soma quatro unidades com o processo de acreditação concluído. Por ausência de dados, foram excluídas do estudo as USF pertencentes à ARS Centro, ficando por esse motivo reduzido a sete o número de unidades acreditadas em estudo, cuja identificação se apresenta na tabela seguinte.

| USF Acreditadas     | ARS   | ACES                                 |
|---------------------|-------|--------------------------------------|
| Physis              | Norte | Guimarães, Vizela e Terras de Bastro |
| Valongo             | Norte | Maia/Valongo                         |
| São João do Sobrado | Norte | Maia/Valongo                         |
| Tornada             | LVT   | Oeste Norte                          |
| Gama                | LVT   | Oeste Sul                            |
| Alviela             | LVT   | Lezíria                              |
| Dafundo             | LVT   | Lisboa Ocidental e Oeiras            |

**TABELA 1 - UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR ACREDITADAS EM ESTUDO**

Tendo em conta que as USF são unidades de proximidade, é necessário considerar a influência de factores sócio-económicos e outros na saúde das populações. Desta forma, interessa comparar cada USF Acreditada com uma USF não Acreditada o mais semelhante possível.

O processo de seleção das **USF Não Acreditadas**, como comparador das unidades acreditadas, foi um importante pilar para o desenvolvimento deste trabalho. Seriam possíveis outras combinações, cujo resultado é impossível de antever, contudo, a selecção efectuada teve como objectivo a melhor uniformização possível entre a unidade Acreditada e a não Acreditada. Assim, foram eliminados riscos de enviesamento nos resultados.

O modelo das USF pressupões três níveis de diferenciação, com progressiva complexidade e diferenciação. O modelo B, nos termos da legislação em vigor, “está indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efectiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos”.

Foi realizado o levantamento de todas as USF em cada um dos ACES identificados, seleccionando apenas as unidades em Modelo B, com pelo menos 3 anos de actividade (em modelo B) face à recolha dos dados (31 Dezembro de 2012). Foram excluídas todas as USF Modelo B em cujo início seja posterior a 31 Dezembro 2009.



Foram identificadas 27 USF elegíveis para o estudo, um número demasiado elevado, com risco em incluir USF demasiado diferentes, no que diz respeito à sua caracterização.

Perante a inexistência de informação pública e disponível sobre características individuais de cada USF (económicas, sociais, demográficas e de recursos humanos), optou-se por seleccionar como comparador, da listas das 27 elegíveis, aquela que pertencia ao mesmo centro de saúde (organização administrativa).

Com os critérios descritos (USF Não Acreditada + Modelo B + pelo menos 3 anos de funcionamento + pertencer ao mesmo CS da USF Acreditada), foi possível a identificação de 3 pares de USF (**USF Physis/USF Novos Rumos; USF Tornada/ USF Rainha Dona Leonor; USF Gama/USF Arandis**). Nos restantes casos, houve necessidade de analisar individualmente, procurando uniformizar critérios de selecção.

O par **USF Alviela/USF Almeida Garret** foi identificado, com a análise das Unidades Funcionais (UF) do CS Santarém onde foram sinalizados dois possíveis comparadores. A USF Alviela apresenta oito pólos, introduzindo a dispersão geográfica como característica. Assim, apenas a USF Almeida Garret apresenta a mesma característica, justificando a decisão de escolha.

As USF's Valongo e São João do Sobrado, acreditadas, ambas integradas no CS Valongo/Ermesinde - Unidade de Valongo, obrigaram ao recurso a outros métodos de selecção na escolha do par comparador. Não existem, quer na Unidade de Valongo quer na Unidade de Ermesinde, USF que cumprissem o requisito inicial (Modelo B).

Houve por isso necessidade de subir um degrau administrativo e considerar as USF do ACES, seleccionando a USF comparador com base no tempo de funcionamento e acreditação. Foram seleccionadas USF com o mesmo tempo de funcionamento como USF (USF Valongo: 2006; USF São João do Sobrado: 2006) e como Modelo B (Valongo: Maio 2008; São João do Sobrado: Julho 2008). Com este critério, foi possível definir o par **USF Valongo/USF Pedras Rubras**.

Na escolha do par para a USF São João do Sobrado, os critérios já descritos não foram suficientes para a eleição do comparador. Foi considerado o valor populacional (unidades ponderadas), sendo que a USF São João do Sobrado é a única que apresenta um valor populacional inferior a 10 mil habitantes (unidades ponderadas), assim, com base neste critério foi formado o par **USF São João do Sobrado/USF Viver Mais**.

A USF Dafundo integrada no CS de Carnaxide, constituiu a mais complexa selecção efectuada. Dada a inexistência de informação detalhada sobre a base populacional e início de actividade enquanto USF, foram seleccionadas as USF pertencentes ao mesmo ACES (2012), ficando duas possíveis opções. Perante a impossibilidade de diferenciação, com a informação disponível, a escolha foi definida por ordem alfabética, formado o par **USF Dafundo/USF Delta**.

O quadro seguinte apresenta os cada um dos sete pares constituídos, compostos por USF Acreditada e USF Não Acreditada.

| <b>USF Acreditada</b>          | <b>Centro de Saúde</b> | <b>Modelo B</b> | <b>USF Comparador</b>         | <b>Centro de Saúde</b> | <b>Modelo B</b> |
|--------------------------------|------------------------|-----------------|-------------------------------|------------------------|-----------------|
| <b>USF Physis</b>              | Vizela                 | 2008            | <b>USF Novos Rumos</b>        | Vizela                 | 2008            |
| <b>USF Valongo</b>             | Valongo Ermesinde      | 2008            | <b>USF Pedras Rubras</b>      | Castelo da Maia        | 2008            |
| <b>USF São João de Sobrado</b> | Valongo Ermesinde      | 2008            | <b>USF Viver Mais</b>         | Castelo da Maia        | 2008            |
| <b>USF Tornada</b>             | Caldas da Rainha       | 2006            | <b>USF Rainha Dona Leonor</b> | Caldas da Rainha       | 2009            |
| <b>USF Gama</b>                | Torres Vedras          | 2006            | <b>USF Arandis</b>            | Torres Vedras          | 2006            |
| <b>USF Alviela</b>             | Santarém               | 2006            | <b>USF Almeida Garret</b>     | Santarém               | 2009            |
| <b>USF Dafundo</b>             | Carnaxide              | 2006            | <b>USF Delta</b>              | Oeiras                 | 2007            |

**TABELA 2 - USF ACREDITADA E USF NÃO ACREDITADA COMPARADOR**

Encontrados os controlos da investigação (USF Modelo B, pertencente ao mesmo ACES e/ou Centro de Saúde), está assegurada a maior semelhança possível entre USF.

Para preservar o foco da análise no resultado dos indicadores e na influência do Programa Nacional de acreditação, foi atribuída de forma aleatória uma letra a cada emparelhamento (A a G). A USF Acreditada será representada pela letra maiúscula (A-G) e a USF não Acreditada pela combinação N + a letra maiúscula correspondente à USF Acreditada (NA-NG). Existem assim sete pares de USF, do tipo A-NA.

Desta forma, fica claro o objectivo de não identificação das Unidades de Saúde Familiar em estudo, evitando análises individualizadas de desempenho, não objectivo desde trabalho.

Foram construídas grelhas de resultados, por USF, relativos ao ano 2012 com base nos 14 indicadores em estudo, agrupados em 3 dimensões.

**Acesso:**

- Indicador 1 - % de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família;
- Indicador 2 - Taxa de utilização global de consultas;
- Indicador 3 - Taxa de visitas domiciliárias médicas por mil inscritos;
- Indicador 4 - Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por mil inscritos

**Desempenho Assistencial:**

- Indicador 5 - % de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada;
- Indicador 6 - % de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos;
- Indicador 7 - % de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registada no últimos 12 meses, desde que abranjam 2 semestres;
- Indicador 8 - % de hipertensos com registo de PA em cada semestre;
- Indicador 9 - % de crianças com PNV actualizado aos 2 anos;
- Indicador 10 - % de crianças com PNV actualizado aos 6 anos;
- Indicador 11 - % de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias;
- Indicador 12 - % de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre

**Desempenho Económico Financeiro:**

- Indicador 13 - Custo médio de medicamentos, por utilizador (€);
- Indicador 14 - Custo médio de MCDT's, por utilizador (€).

---

# Análise de Resultados

Neste capítulo será realizada a análise dos resultados das USF, através do estudo dos indicadores já apresentados, procurando identificar uma relação entre a acreditação e o desempenho das USF. Relembrando, existem 14 unidades em estudo, todas elas Modelo B, em funcionamento há pelo menos 3 anos. Sete das unidades são acreditadas pelo Programa Nacional de acreditação em Saúde e as outras sete foram escolhidas por forma a significarem o comparador mais semelhante possível, nas características já descritas.

Assim, considerando os objectivos, os dados serão analisados em três prismas distintos:

- I. Comparação directa entre USF Acreditadas e USF Não Acreditadas, verificando diferenças estatisticamente significativas, por indicador, por região e por dimensão do desempenho;

*Na inexistência de estudos prévios que permitissem replicar análises, foi decidido comparar cada par (USF Acreditada - USF Não Acreditada), identificando tendências ao nível regional e/ou por dimensão do desempenho.*

- II. Resultados de indicadores, agregados por acreditação;

Na ausência de dados que permitissem calcular a significância estatística, recorreu-se à análise descritiva dos dados disponíveis, procurando atingir o objectivo.

- III. Grau de cumprimento das metas propostas em sede de contratualização externa com cada ARS.

Na impossibilidade de por falta de dados, estudar, se as unidades acreditadas têm objectivos mais exigentes, analisou-se o grau de cumprimento das metas contratualizadas, identificando maior ou menor orientação para os objectivos por parte das unidades acreditadas.

## Comparação entre Unidades de Saúde Familiar

Na análise por par de USF's (Acreditada vs Não Acreditada) foram encontradas algumas diferenças estatisticamente significativas, cujos resultados se apresentam. Procedeu-se a uma análise individual da significância estatística de eventuais diferenças em cada par de USF, para cada um dos 14 indicadores em estudo. Para testar a significância das diferenças utilizou-se como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância ( $\alpha$ )  $\leq 0,05$ . Apresentam-se em seguida, os resultados, por par de USF e a identificação dos indicadores onde existiram diferenças estatisticamente significativas.

A tabela, pretende resumir os dados, analisando para cada indicador, a existência de diferenças estatisticamente significativas entre cada par (USF Acreditada e Não Acreditada). Foram identificadas como “DES” (Diferença estatisticamente significativa), os indicadores com diferença de valores estatisticamente significativos, sendo atribuída a cor verde aos indicadores onde a unidade Acreditada apresentou melhor desempenho e a cor amarela aos indicadores onde a USF não Acreditada apresentou melhores resultados.

**TABELA 3 - ANÁLISE DA SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA ENTRE USF ACREDITADA E USF NÃO ACREDITADA**

|   | I1  | I2 | I3  | I4  | I5 | I6  | I7  | I8  | I9 | I10 | I11 | I12 | I13 | I14 |
|---|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| A |     |    |     |     |    |     |     |     |    |     | DES |     |     |     |
| B |     |    | DES |     |    |     | DES | DES |    |     |     | DES |     |     |
| C |     |    |     | DES |    |     |     |     |    |     | DES |     | DES |     |
| D |     |    | DES | DES |    | DES |     |     |    |     |     |     |     |     |
| E | DES |    |     | DES |    |     | DES | DES |    |     |     |     |     |     |
| F |     |    |     |     |    |     |     |     |    |     |     | DES | DES | DES |
| G |     |    | DES |     |    | DES | DES |     |    |     | DES |     |     |     |

### Legenda

|     |  |
|-----|--|
| DES | Desempenho significativamente melhor da USF Acreditada     |
| DES | Desempenho significativamente melhor da USF Não Acreditada |

No **par A**, constituído pela USF A e USF NA, existe diferença estatisticamente significativa no indicador “% primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias”, em que o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (97,56% vs 90,80%),  $p = 0,041$ .

No **par B**, constituído pela USF B e USF NB, foram encontradas diferenças significativas nos seguintes indicadores:

- Taxa de visitas domiciliárias médias por 1000 inscritos” onde o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (49,74% vs 26,91%),  $p = 0,001$ ;
- % diabéticos com pelo menos 2 HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os dois semestres, onde o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (90,77% vs 80,04%),  $p = 0,032$ ;
- % de HT com registo de PA em cada semestre, onde o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (87,55% vs 68,74%),  $p = 0,001$ ;
- % primeiras consultas de gravidez efectuadas no primeiro trimestre, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (94,03% vs 82,14%),  $p = 0,010$ .

No **par C**, constituído pela USF C e USF NC, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos seguintes indicadores:

- Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (178,7% vs 121,8%),  $p = 0,001$ ;
- % de primeiras consultas na vida, efectuadas até aos 28 dias, onde o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (98,25% vs 92,31%),  $p = 0,048$ ;
- Custo médio de MCDT's por utilizador, onde o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (66,29€ vs 47,26€),  $p = 0,007$ .

No **par D**, constituído pela USF D e USF ND, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos seguintes indicadores:

- Taxa de visitas domiciliárias médias por 1000 inscritos, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (24,39% vs 60,86%),  $p = 0,001$ ;
- Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (128,3% vs 165,4%),  $p = 0,019$ ;
- % de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (77,16% vs 87,62%),  $p = 0,041$ .

No **par E**, constituído pela USF E e USF NE, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos seguintes indicadores:

- % de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (76,27% vs 88,49%),  $p = 0,016$ ;
- Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1000 inscritos, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (150,9% vs 103,4%),  $p = 0,002$ ;
- % diabéticos com pelo menos 2 HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os dois semestres, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (75,56% vs 92,95%),  $p = 0,007$ ;
- % de HT com registo de PA em cada semestre, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (79,13% vs 90,05%),  $p = 0,032$ .

No **par F**, constituído pela USF F e USF NF, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos seguintes indicadores:

- % primeiras consultas de gravidez efectuadas no primeiro trimestre, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (82,65% vs 93,44%),  $p = 0,030$ ;
- Custo médio de medicamentos por utilizador, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (118,5€ vs 151,9€),  $p = 0,031$ , representando por isso um custo significativamente inferior;

- Custo médio de MCDT's, por utilizador, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (26,56% vs 42,60%),  $p = 0,018$ , representando por isso um custo significativamente inferior.

No **par G**, constituído pela USF G e USF NG, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos seguintes indicadores:

- Taxa de visitas domiciliárias médias por 1000 inscrito desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (46,55% vs 20,89%),  $p = 0,002$ ;
- % de mulheres entre os 50-69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (86,08% vs 73,93%),  $p = 0,034$ ;
- % diabéticos com pelo menos 2 HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os dois semestres, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente superior ao da unidade não Acreditada (85,48% vs 94,54%),  $p = 0,018$ ;
- % primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias, o desempenho da unidade Acreditada é significativamente inferior ao da unidade não Acreditada (93,6% vs 99,11%),  $p = 0,006$ .

Das hipóteses testadas, existiram diferenças estatisticamente significativas em 22, representando 22,4% das hipóteses. Destas, as USF Acreditadas apresentaram melhores desempenho em 54% das vezes - representando no total das hipóteses testadas 12,2% de desempenho significativamente superior. Contudo, em 10,2% das hipóteses, as USF Não Acreditadas apresentaram desempenho significativamente superior às unidades acreditadas, perfazendo o restante volume de diferenças estatisticamente significativas.

No que diz respeito a valores absolutos, as USF Acreditadas apresentaram melhores resultados nos indicadores estudados em 48,98% dos casos, por outro lado, as USF não acreditadas, foram melhores em 50% dos casos, apresentando aqui uma vantagem de aproximadamente 1%.



Na análise por região (tabela 4), os resultados beneficiaram as unidades do Norte do País. A ARS Norte apresenta 23% dos casos em que existem diferenças significativas, das quais, 60% são favoráveis às unidades não acreditadas. Na ARS LVT, existem 21% de situações com diferenças significativas em termos dos resultados, destas, 66,6% são favoráveis às USF Acreditadas. Em termos de valores absolutos, a tendência mantém-se, na ARS Norte, 54,7% dos resultados são favoráveis às USF não acreditadas e na ARS LVT os resultados beneficiam as USF Acreditadas em 51,8% dos casos.

**TABELA 4 - ANÁLISE DA SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA, POR REGIÃO.**

|           | I1  | I2 | I3  | I4  | I5 | I6  | I7  | I8  | I9 | I10 | I11 | I12 | I13 | I14 |
|-----------|-----|----|-----|-----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ARS LVT   |     |    |     |     |    |     |     |     |    |     | DES |     |     |     |
|           |     |    | DES |     |    |     | DES | DES |    |     |     | DES |     |     |
|           | DES |    |     | DES |    |     | DES | DES |    |     |     |     |     |     |
|           |     |    |     |     |    |     |     |     |    |     |     | DES | DES | DES |
| ARS NORTE |     |    |     | DES |    |     |     |     |    |     | DES |     |     | DES |
|           |     |    | DES | DES |    | DES |     |     |    |     |     |     |     |     |
|           |     |    | DES |     |    | DES | DES |     |    |     | DES |     |     |     |

|     |  |
|-----|--|
| DES | Desempenho significativamente melhor da USF Acreditada     |
| DES | Desempenho significativamente melhor da USF Não Acreditada |

Na análise por dimensão do desempenho, analisamos tanto as diferenças significativas no confronto directo entre USF acreditadas e não acreditadas como, em termos de valor absolutos, as tendências verificadas.

Na **dimensão acesso** (tabela 5), verificou-se que existem diferenças significativas em 25% das comparações, destas 57% são favoráveis às unidades acreditadas, isto é, as USF Acreditadas apresentam resultados significativamente melhores em 14,3% das situações, por outro lado, as USF não acreditadas apresentam resultados significativamente melhores em 10,7% dos casos. Em termos absolutos, as USF Acreditadas apresentam melhor desempenho em 53,6% dos casos.

**TABELA 5 - SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA NA DIMENSÃO ACESSO**

**ACESSO**

|             |  |     |     |     |     |  |     |
|-------------|--|-----|-----|-----|-----|--|-----|
| Indicador 1 |  |     |     |     | DES |  |     |
| Indicador 2 |  |     |     |     |     |  |     |
| Indicador 3 |  | DES |     | DES |     |  | DES |
| Indicador 4 |  |     | DES | DES | DES |  |     |

DES Desempenho significativamente melhor da USF Acreditada

DES Desempenho significativamente melhor da USF Não Acreditada

Na **dimensão desempenho assistencial** (tabela 6), existem diferenças significativas em 21% das hipóteses estudadas, cuja divisão é simétrica entre unidades acreditadas e não acreditadas. Em termos de valor absoluto, as USF Não acreditadas, apresentam melhor resultado em 53,6% dos casos, contra 44,6% dos casos em que as unidades acreditadas apresentam melhor desempenho.

**TABELA 6 - SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA NA DIMENSÃO DESEMPENHO ASSISTENCIAL**

**DESEMPENHO ASSISTENCIAL**

|              |     |     |     |     |     |     |     |
|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Indicador 5  |     |     |     |     |     |     |     |
| Indicador 6  |     |     |     | DES |     |     | DES |
| Indicador 7  |     | DES |     |     | DES |     | DES |
| Indicador 8  |     | DES |     |     | DES |     |     |
| Indicador 9  |     |     |     |     |     |     |     |
| Indicador 10 |     |     |     |     |     |     |     |
| Indicador 11 | DES |     | DES |     |     |     | DES |
| Indicador 12 |     | DES |     |     |     | DES |     |

DES Desempenho significativamente melhor da USF Acreditada

DES Desempenho significativamente melhor da USF Não Acreditada

Na **dimensão desempenho económico-financeira** (tabela 7), existe diferença significativa em 21,4% das hipóteses, das quais 66,6% são favoráveis às USF acreditadas. Em termos absolutos, as unidades acreditadas apresentam melhor desempenho em 57% dos casos.

**TABELA 7 - ANÁLISE DE SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA NA DIMENSÃO ECONÓMICO FINANCEIRA**

| ECONÓMICO-FINANCEIRO |  |     |  |  |     |  |
|----------------------|--|-----|--|--|-----|--|
| Indicador 13         |  |     |  |  | DES |  |
| Indicador 14         |  | DES |  |  | DES |  |

|     |  |
|-----|--|
| DES | Desempenho significativamente melhor da USF Acreditada     |
| DES | Desempenho significativamente melhor da USF Não Acreditada |

## Análise por Indicador de desempenho

Com base na tabela apresentada, onde são identificadas as diferenças estatisticamente significativas, foi realizada nova análise, para cada indicador, permitindo um olhar mais focado sobre os indicadores em estudo.

**TABELA 8 - ANÁLISE DE SIGNIFICÂNCIA ESTATÍSTICA ENTRE USF ACREDITADA E USF NÃO ACREDITADA**

|              | A   | B   | C   | D   | E   | F   | G   |
|--------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Indicador 1  |     |     |     |     | DES |     |     |
| Indicador 2  |     |     |     |     |     |     |     |
| Indicador 3  |     | DES |     | DES |     |     | DES |
| Indicador 4  |     |     | DES | DES | DES |     |     |
| Indicador 5  |     |     |     |     |     |     |     |
| Indicador 6  |     |     |     | DES |     |     | DES |
| Indicador 7  |     | DES |     |     | DES |     | DES |
| Indicador 8  |     | DES |     |     | DES |     |     |
| Indicador 9  |     |     |     |     |     |     |     |
| Indicador 10 |     |     |     |     |     |     |     |
| Indicador 11 | DES |     | DES |     |     |     | DES |
| Indicador 12 |     | DES |     |     |     | DES |     |
| Indicador 13 |     |     |     |     |     | DES |     |
| Indicador 14 |     |     | DES |     |     | DES |     |

DES Desempenho significativamente melhor da USF Acreditada

DES Desempenho significativamente melhor da USF Não Acreditada

Na linha da avaliação das diferenças estatisticamente significativas entre USF acreditadas e USF não acreditadas, quando analisado cada indicador individualmente, destacou-se a inexistência de diferenças significativas em 4 dos 14 indicadores estudados (**Indicador 2** - Taxa de utilização global de consultas; **Indicador 5** - % de mulheres entre os 25-64 anos com colpocitologia actualizada; **Indicador 9** - % de crianças com PNV actualizados aos 2 anos; **Indicador 10** - % crianças com PNV actualizados aos 6 anos).

Dos indicadores em que existem diferenças estatisticamente significativas, apresento o resumo das principais tendências:

No **indicador 1** - % de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família, as USF Acreditadas apresentam desempenho significativamente inferior em uma das 7 hipóteses.

No **indicador 3** - Taxa de visitas domiciliárias médicas por mil habitantes, as USF Acreditadas apresentam desempenho significativamente superior em 28,6% das vezes e inferior em 14,2%.

No **indicador 4** - Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por mil inscritos, as USF Acreditadas apresentam desempenho significativamente superior em 28,6% das vezes e inferior em 14,2%.

No **indicador 6** - % de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada, as USF acreditadas apresentam desempenho significativamente superior em 14,2% dos casos, a mesma percentagem para as situações em que as unidades não acreditadas levam vantagem significativa.

No **indicador 7** - % de diabéticos com pelo menos 2 HbA1C registadas no últimos 12 meses, desde que abranjam os dois semestres, as USF Não Acreditadas apresentam desempenho significativamente melhor em 28,6% dos casos, contra 14,3% dos casos em que as unidades acreditadas revelam significativamente melhor resultado.

No **indicador 8** - % de HT com registo de PA em cada semestre, as diferenças significativas não revelam nenhuma tendência distinta, as unidades acreditadas apresentam significativamente melhores resultados em 14,2% das situações, tal como as não acreditadas.

No **indicador 11** - % de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias, as USF acreditadas apresentam resultados significativamente superiores em 28,6%.

No **indicador 12** - % de primeiras consultas de gravidez efectuadas no primeiro trimestre, não existe nenhuma diferença significativa relevante, considerando que apresentam resultados semelhantes.

No **indicador 13** - custo médio de medicamentos por utilizador as USF acreditadas apresentam melhor resultado em 14% das situações. Analisado a média dos custos,

verificamos que as unidades acreditadas apresentam um custo mais baixo (127,6€) face às unidades não acreditadas (128,8€).

No **indicador 14** - custo médio de MCDT's por utilizador, não existe diferenças significativas relevantes. Analisado a média dos custos, verificamos que as unidades acreditadas apresentam um custo mais baixo (46,3€), quando comparadas com as unidades não acreditadas (46,8€).

Na impossibilidade de efectuar uma análise de probabilidades estatísticas, por falta de dados, foi construída uma tabela (Tabela 9) onde são apresentados os valores máximos e mínimos relativo ao desempenho das unidades de saúde familiar em cada indicador estudado. São igualmente apresentados, os mesmo resultados, desagregados por unidades acreditadas e unidades não acreditadas. Com esta tabela pretende-se analisar se existe alguma tendência para um desempenho mais elevado por parte das unidades acreditadas.

**TABELA 9 - VALORES MÍNIMOS E MÁXIMOS, POR INDICADOR, AGREGADOS POR ACREDITAÇÃO**

|                     | Conjunto |        | Acreditadas |        | Não Acreditadas |        |
|---------------------|----------|--------|-------------|--------|-----------------|--------|
|                     | Mínimo   | Máximo | Mínimo      | Máximo | Mínimo          | Máximo |
| <b>Indicador 1</b>  | 76,27    | 94,43  | 76,27       | 92,90  | 83,41           | 94,43  |
| <b>Indicador 2</b>  | 58,65    | 81,81  | 58,65       | 81,81  | 64,47           | 77,54  |
| <b>Indicador 3</b>  | 20,89    | 60,86  | 24,39       | 49,74  | 20,89           | 60,86  |
| <b>Indicador 4</b>  | 103,36   | 178,67 | 124,30      | 178,67 | 103,36          | 165,35 |
| <b>Indicador 5</b>  | 49,80    | 83,71  | 54,06       | 78,01  | 49,80           | 83,71  |
| <b>Indicador 6</b>  | 65,52    | 87,62  | 65,52       | 86,08  | 67,72           | 87,62  |
| <b>Indicador 7</b>  | 75,56    | 97,68  | 75,56       | 96,73  | 80,04           | 97,68  |
| <b>Indicador 8</b>  | 68,74    | 97,18  | 79,13       | 96,12  | 68,74           | 97,18  |
| <b>Indicador 9</b>  | 93,51    | 100,00 | 93,51       | 100,00 | 98,10           | 100,00 |
| <b>Indicador 10</b> | 92,80    | 100,00 | 97,86       | 100,00 | 92,80           | 100,00 |
| <b>Indicador 11</b> | 73,49    | 99,11  | 73,49       | 98,25  | 87,76           | 99,11  |
| <b>Indicador 12</b> | 82,14    | 97,96  | 82,65       | 97,96  | 82,14           | 96,05  |
| <b>Indicador 13</b> | 99,64    | 159,13 | 115,25      | 159,13 | 99,64           | 151,90 |
| <b>Indicador 14</b> | 26,56    | 66,29  | 26,56       | 66,29  | 37,75           | 55,97  |

Na **Dimensão Acesso**, são avaliados quatro indicadores. As USF acreditadas apresentam o melhor resultado em dois indicadores (**Indicador 2** - Taxa de utilização global de consultas; **Indicador 4** - Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por mil inscritos) e as USF não acreditadas apresentam o melhor desempenho nos dois indicadores restantes (**Indicador 1** - % de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família; **Indicador 3** - Taxa de visitas domiciliárias médicas por mil inscritos). Quanto aos valores mínimos, a tendência é semelhante, ou seja, as USF acreditadas apresentam o pior desempenho em dois indicadores (**Indicador 1** - % de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família; **Indicador 2** - taxa de utilização global de consultas), na mesma lógica, as USF não acreditadas apresentam o pior desempenho nos restantes indicadores (**Indicador 3** - Taxa de visitas domiciliárias médicas por mil inscritos; **Indicador 4** - Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem, por mil inscritos)

Na **Dimensão Desempenho Assistencial**, são avaliados oito indicadores. Pode-se afirmar que existe, nesta dimensão, uma tendência, favorável às USF não acreditadas. Concretizando, as USF não acreditadas, apresentam os melhores desempenhos em 5 dos 8 indicadores (**Indicador 5** - % de mulheres entre os 20 e 64 anos com colopocitologia actualizada; **Indicador 6** - % de mulheres entre os 50 e 69 anos com mamografia registada nos últimos 2 anos; **Indicador 7** - % de diabéticos com pelo menos duas HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam 2 semestres; **Indicador 8** - % de hipertensos com registo de PA em cada semestre; **Indicador 11** - % de primeiras consultas efectuadas até aos 28 dias). As USF acreditadas apresentam o melhor desempenho em um dos indicadores (**Indicador 12** - % de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre), verificando-se empate nos restantes indicadores.

No que diz respeito aos mínimos, as USF acreditadas apresentam os piores valores em dois dos indicadores (**Indicador 9** - % de crianças com PNV actualizado aos 2 anos; **Indicador 11** - % de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias), tal como as unidades não acreditadas, com valores mínimos em dois indicadores (**Indicador 10** - % de crianças com PNV actualizado aos 6 anos; **Indicador 12** - % de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre)

Na **Dimensão Desempenho Económico-Financeiro**, pertence ao grupo das USF Acreditadas os valores mais altos em termos de custos, em ambos os indicadores (**Indicador 13** - Custo médio de medicamentos por utilizador; **Indicador 14** - Custo médio de MCDT's por utilizador). Os valores baixos, considerando os custos, estão divididos igualmente entre unidades acreditadas (**Indicador 14** - Custo médio de MCDT's por utilizador) e não acreditadas (**Indicador 13** - Custo médio de medicamentos por utilizador).

Foi ainda realizada a análise dos desempenho por ranking, encontrando os três melhores e os três piores resultados das 14 USF em estudo. Encontrados para cada indicador o vencedor, conclui-se que as USF Acreditadas estão entre os três melhores desempenhos em cerca de 70% das vezes contra 31% no caso das USF não acreditadas. No ranking dos piores resultados, as USF Acreditadas figuram em 47,6% dos casos, contra 52,4% de unidades não acreditadas. A tabela seguinte apresenta os resultados dos melhores e piores desempenhos. Destaca-se que não existe qualquer ordem de relação entre as quadrículas.

TABELA 10 - RANKING DE DESEMPENHO

|                   | I1 | I2 | I3 | I4 | I5 | I6 | I7 | I8 | I9 | I10 | I11 | I12 | I13 | I14 |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Melhor Desempenho |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |
|                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |
|                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |
|                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |
| Pior Desempenho   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |
|                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |
|                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |     |     |

Legenda

USF Acreditada

USF Não Acreditada



## Análise do Grau de cumprimento de metas

Para a construção desta análise foram utilizados os dados das metas propostas e do resultado obtido. Para cada caso, foi obtida a % de cumprimento do indicador em que foi considerado como objectivo (100%) o valor da meta. Pretende-se com esta análise avaliar a existência de desvios significativos do resultado face ao objectivo definido em contratualização. Para isso, utilizou-se o conceito de diferença inter-quartis (Interquartil range) para encontrar os “outliers”, ou seja, todos os valores que ficam acima ( $Q3+1,5*IQR$ ) ou abaixo ( $Q1-1,5*IQR$ ) de determinado valor referência. ( $IQR = Q3-Q1$ ) Foram em primeiro lugar encontrados o valor máximo e mínimo bem como os quartis (mínimo = 59; máximo = 232,8;  $Q1=96,6$ ;  $Q2=100,8$ ;  $Q3=103,1$ )

**TABELA 11 - % DE CUMPRIMENTO DO INDICADOR, FACE À META PROPOSTA**

|              | A     | NA    | B     | NB    | C     | NC    | D     | ND    | E     | NE    | F     | NF    | G     | NG    |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Indicador 1  | 105,2 | 104,8 | 103,2 | 111,1 | 108,9 | 103,1 | 110,2 | 100,9 | 101,7 | 104,7 | 96,0  | 85,1  | 102,2 | 100,6 |
| Indicador 2  | 98,9  | 101,2 | 99,9  | 99,2  | 101,0 | 94,4  | 96,3  | 96,6  | 90,2  | 94,8  | 113,6 | 103,4 | 97,6  | 100,7 |
| Indicador 3  | 128,5 | 106,4 | 99,5  | 107,6 | 101,6 | 117,2 | 106,0 | 152,2 | 79,9  | 109,5 | 125,5 | 121,2 | 232,8 | 104,5 |
| Indicador 4  | 97,2  | 102,2 | 105,8 | 135,7 | 102,1 | 101,5 | 91,6  | 103,3 | 116,1 | 98,4  | 99,4  | 73,9  | 102,8 | 109,6 |
| Indicador 5  | 103,6 | 106,7 | 99,7  | 124,5 | 100,6 | 104,4 | 102,4 | 104,6 | 90,1  | 105,5 | 90,2  | 109,8 | 105,4 | 101,0 |
| Indicador 6  | 107,6 | 106,9 | 112,0 | 96,7  | 98,5  | 83,9  | 98,9  | 104,3 | 93,6  | 97,0  | 99,4  | 95,2  | 113,3 | 98,6  |
| Indicador 7  | 97,4  | 98,7  | 100,9 | 106,7 | 101,8 | 102,8 | 100,4 | 98,6  | 84,0  | 103,3 | 93,6  | 101,7 | 90,0  | 99,5  |
| Indicador 8  | 97,8  | 98,4  | 97,3  | 91,7  | 100,3 | 101,7 | 98,7  | 101,2 | 93,1  | 94,8  | 94,5  | 98,3  | 101,2 | 102,3 |
| Indicador 9  | 100,1 | 102,0 | 102,0 | 100,3 | 95,4  | 100,8 | 101,4 | 100,9 | 101,5 | 100,5 | 102,0 | 100,1 | 100,6 | 101,3 |
| Indicador 10 | 100,9 | 102,0 | 102,0 | 102,0 | 100,7 | 102,0 | 101,5 | 101,0 | 102,0 | 100,7 | 102,0 | 94,7  | 99,9  | 102,0 |
| Indicador 11 | 108,4 | 92,7  | 106,6 | 109,7 | 103,4 | 99,3  | 103,0 | 101,3 | 91,9  | 103,6 | 95,5  | 99,4  | 101,7 | 103,2 |
| Indicador 12 | 93,6  | 107,6 | 106,9 | 102,7 | 97,2  | 104,4 | 103,1 | 101,1 | 102,5 | 93,4  | 89,8  | 98,4  | 104,2 | 99,1  |
| Indicador 13 | 78,9  | 88,6  | 87,0  | 84,9  | 92,7  | 86,9  | 87,6  | 93,4  | 96,4  | 86,6  | 79,0  | 98,0  | 87,0  | 89,5  |
| Indicador 14 | 66,9  | 82,5  | 100,0 | 88,5  | 114,2 | 100,0 | 104,4 | 99,8  | 94,4  | 92,1  | 59,0  | 85,2  | 100,1 | 102,2 |

|         |                 |        |                 |          |
|---------|-----------------|--------|-----------------|----------|
| Legenda | Desvio Negativo | < 86,4 | Desvio Positivo | > 113,6% |
|---------|-----------------|--------|-----------------|----------|

A tabela anterior apresenta, por par de USF Acreditada USF não Acreditada, a % de cumprimento do indicador, face à meta proposta. São destacados a verde “outliers” superiores ( $\% \text{ cumprimento} > Q3-1,5*IQR$ ) e a laranja os inferiores ( $\% \text{ cumprimento} < Q1-1,5*IQR$ ).

Analisando a dispersão dos resultados, conclui-se existe 12,7% das situações o grau de cumprimento das metas é considerado “outlier”. Quanto analisamos o sentido desse desvio, concluímos que positivo em 6,1% das vezes e negativo em 6,6%.

O padrão de dispersão é idêntico entre unidades acreditadas e não acreditadas. As USF acreditadas apresentam “outliers” em 13,3 % das situações, com igual distribuição para o sinal positivo e negativo (6,1%). As USF Não Acreditadas descrevem uma tendência discretamente inferior, 12,2%, com vantagem para os valores com sinal negativo (7,1%) face aos casos positivos (5,1%).

Das hipóteses analisadas, metade dos indicadores obtiveram uma % de cumprimento entre 96,6% (Q1) e 103,1% (Q3). Na mesma linha, 58,2% apresentaram resultado positivo (grau de cumprimento > 100%) e 41,8% resultado negativo (grau de cumprimento <100%). Quanto ao número de casos com % de cumprimento inferior a 100%, as USF Acreditadas representam a maioria dos casos (53,7% contra 46,3% no caso das USF Não acreditadas).

Decompondo as situações de incumprimento (<100%), as unidades acreditadas apresentam % de cumprimento inferior a 90% em 12,2% das situações contra 14,6% dos casos em que são as unidades não acreditadas a apresentam um grau de cumprimento inferior a 90% da meta proposta.

Ao nível do desempenho positivo (>100%), as USF Não Acreditadas representam 52,6% dos casos. Nos desempenhos >110% as USF acreditadas levam vantagem, representando 60% das situações, o que, no total das hipóteses se traduz em 4,6%.

---

# Discussão de Resultados

A acreditação é uma forma importante de melhorar os cuidados prestados, ainda assim, a sua implementação deve traduzir-se na melhoria efectiva dos resultados, como indicadores do desempenho.

Ao nível dos CSP, existe ainda um longo caminho a percorrer para avaliar a efectividade deste tipo de programa. A literatura aponta que a acreditação desenvolve nas equipas uma nova visão dos cuidados que presta, sendo assim possível implementar um conjunto de medidas de outra forma insustentáveis. Verificamos por isso que a acreditação tem um impacto óbvio tanto na estrutura como nos processos, tanto pela definição de procedimentos como pela clarificação de necessidades.

Na prossecução do objectivo principal de estudar o impacto do PNAS ao nível dos resultados das USF, a pergunta que interessa ver respondida é se *“As USF acreditadas apresentam melhores resultados, ao nível dos indicadores de desempenho, quando comparadas com as USF não acreditadas?”* A resposta é sim.

As USF acreditadas apresentam, na comparação entre unidades acreditadas e não acreditadas, resultados significativamente melhores em 12,2% das situações (54% das diferenças estatisticamente significativas). No entanto, os resultados das unidades acreditadas são piores em 10,2% (46% das diferenças estatisticamente significativas) dos casos. Se considerarmos o diferencial, verificamos que a acreditação beneficia os resultados globais com diferenças estatisticamente significativos em apenas 2% dos casos.

As Unidades de Saúde Familiar são, como vimos, a aposta política para a melhoria dos CSP. A sua acção, baseia-se em profissionais altamente motivados e comprometidos com objectivos bem definidos, cuja base são as necessidades dos indivíduos inscritos na sua influência. A amostra utilizada (14 USF) não é de todo representativa da realidade nacional, contudo, quando comparadas entre si, as USF (Acreditadas e Não Acreditadas) apresentam-se muito semelhantes, verificando-se diferenças significativas em menos de 25% dos casos (22,4%).

Perante um número tão reduzido de diferenças com significado estatístico, conclui-se sem presunção que a normalidade é a semelhança entre unidades acreditadas e unidades não acreditadas. No entanto, seria interessante o levantamento pormenorizado das situações de diferenças com significado estatístico, levando a cabo uma investigação sobre aspectos de estrutura e processos em cada uma das unidades identificadas, construindo um conjunto de dados que permitiriam certamente melhorar os resultados em termos globais.

A acreditação, como ferramenta de avaliação da qualidade, é um instrumento dinâmico e em constante actualização. Prova disso são as várias edições dos manuais das diferentes entidades, neste sentido, seria interessante a actualização do PNAS com os dados que fossem levantados nas USF com melhores resultados, procurando em última análise, a melhoria dos desempenhos individuais das unidades acreditadas, maximizando assim o esforço (humano, financeiro e temporal) consumido em todo o percurso da acreditação.

Os **indicadores de desempenho** são a face visível dos cuidados prestados. Transversais a todas as USF em funcionamento, são definidos pelo MS, tendo em conta os objectivos nacionais. Verificou-se a inexistência de diferenças significativas em 4 dos 14 indicadores estudados, nos restantes, as diferenças não ultrapassam os 28,6% de vantagem para as unidades acreditadas (2 pares de USF em 7 possíveis). Consta-se ainda que não existe nenhum indicador em que as unidades acreditadas obtenham sempre melhor resultado. Quando agrupamos os indicadores por **dimensão do desempenho**, a tendência não se altera, mantendo-se uma ligeira vantagem das unidades acreditadas na dimensão acesso e na dimensão económico financeira (no máximo 4%).

Estão definidas quatro dimensões do desempenho, contudo, apenas três delas apresentam dados disponíveis para análise, ficando de fora a dimensão da qualidade percebida, dado sistematicamente desconsiderando pelas autoridades em Portugal no que diz respeito à avaliação do desempenho. A literatura descreve como inegável o mecanismo que melhora o posicionamento das unidades acreditadas quando investigada a percepção de qualidade por parte das populações.

A Dimensão Acesso é aquela em que se constata maior número de diferenças com significado estatístico (25%) com as unidades acreditadas melhores em 14,3% das situações, contra 10,7% do lado das não acreditadas. Os indicadores de acesso prendem-se com a disponibilidade real dos serviços para a população, representando o primeiro ponto de contacto dos contribuintes com o sistema de saúde. O conceito de saúde familiar

passa pela proximidade entre profissionais e utentes, exigindo por isso um contacto personalizado com as consequentes progressões na relação terapêutica. O acesso aos CSP é por isso um ponto importante na condução de uma política de saúde preventiva, contrariando assim o consumo inadequado de episódios de urgência que pouco contribuem para a saúde global da população.

O acesso é talvez um dos maiores desafios para os CSP, envolvendo a alteração de hábitos da população, enraizados ao longo de décadas. A diferença entre unidades acreditadas e não acreditadas, ainda que residual, deixa em aberto algumas questões que podem ser desenvolvidas em projectos futuros. A primeira questão prende-se com a compreensão da medida em que a acreditação induz nos profissionais a orientação para a melhoria do acesso da população aos CSP.

A Dimensão Desempenho Assistencial é aquela em que existem menos diferenças significativas (21%), sem qualquer tendência entre unidades acreditadas e unidades não acreditadas. Nesta dimensão são incluídos oito indicadores de desempenho que incidem sobre aspectos críticos da saúde das populações. São elementos facilmente mensuráveis que pretendem diminuir situações súbitas de complicações e que mantêm o controlo das principais patologias. A existência de um número baixo de diferenças significativas pode ter várias interpretações, por exemplo, a análise a uma taxa mais no Indicador 5 (% de mulheres 24-65 com colopocitologia registada nos últimos 2 anos) pode não representar uma menor taxa de rastreamento da população, pode ser consequência apenas do não registo ou, por outro lado, do seguimento em regime privado. Tal como neste indicador, podem ser levantadas este tipo de questões na análise destes resultados, devendo este projecto ser completado por outro que analise em cada caso o fundamento das diferenças existentes.

Na Dimensão Desempenho Económico Financeiro, as diferenças significativas representam 21,4% dos casos, com vantagem das unidades acreditadas (14,3%) face às não acreditadas (7,1%). No contexto económico financeiro que atravessamos, esta dimensão é central. Sabemos que o consumo com medicamentos e MCDT's representa um peso importante na factura global da saúde dos Portugueses, ainda assim, compreendemos que a Medicina necessita destes meios como complemento da sua ciência, por isso, é impreterível o compromisso com a eficácia e eficiência global.

Espera-se que melhor acesso e melhor vigilância gerem menos custos em medicamentos e em MCDT, no entanto, dado que o limite nunca será zero, importa estabelecer um

padrão de consumo que tenha em conta as necessidades da população. Não foi possível encontrar esse padrão em termos de valor de referência considerado óptimo, contudo, na análise do custo médio de medicamentos, por utilizador (€), verificou-se que as unidades acreditadas apresentam um valor médio ligeiramente inferior (menos de 1%) em relação às unidades não acreditadas. Também no que diz respeito aos consumos com MCDT's as unidades acreditadas apresentam um valor médio inferior (cerca de 2%) relativamente às unidades não acreditadas.

A avaliação económica da qualidade em saúde é fundamental quando pretendemos compreender o impacto da acreditação em determinado contexto. Desta forma, são vários os estudos já identificados que pretendem saber o impacto financeiro da acreditação, contudo, a sua resposta não é clara, dada a dificuldade em quantificar a saúde. Ainda assim, é defendida a tese de que a implementação de programas de qualidade diminui os custos totais do sistema, dado que evita complicações desnecessárias. No caso dos CSP não foram encontrados dados que permitam avaliar esta dimensão, contudo, a Organização Mundial de Saúde defende que cuidados de saúde primários bem organizados e de qualidade promovem um sistema de saúde menos oneroso e mais eficaz.

Procurando transpor esta ideia para Portugal, podemos analisar o caso do Plano Nacional de Vacinação, em que o custo global da vacinação é certamente inferior ao custo do tratamento das consequências da não vacinação, ou seja, a situação aguda. Da mesma forma, poderíamos supor que a identificação, controlo e tratamento de indivíduos hipertensos seria menos onerosa que agir perante as complicações agudas da hipertensão arterial.

Com os dados analisados neste projecto, não é possível realizar uma avaliação económica do PNAS, ainda assim, na comparação directa, verificamos que as USF acreditadas apresentam um valor inferior de consumo tanto em medicamentos como em MCDT's. Seria interessante um novo estudo longitudinal, que procurasse estudar o estado de saúde das populações abrangidas pelas USF acreditadas e pelas USF não acreditadas, medindo o seu consumo global de recursos e comparando-os, de forma a monitorizar a eficácia e eficiência do PNAS. Com estes dados, poderia ser dinamizado todo o processo de acreditação, no sentido de identificar estruturas e processos que conduzissem a melhores resultados, melhorando a saúde global da população, com redução dos custos associados.

As **metas contratualizadas** no PD de cada USF são negociadas face aos objectivos nacionais e regionais, tendo em conta as necessidades da população e o histórico observado nos últimos três anos. As metas são exigentes, contudo devem ser viáveis e baseadas nas melhores práticas, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde. Fará sentido que não existam desvios significativos face ao acordado, evitando desta forma a inadequação dos cuidados prestados face às necessidades. Para isso, é associada uma porção do financiamento ao cumprimento dos objectivos. Analisámos o grau de cumprimento das metas face aos resultados obtidos para cada USF. A análise da % de cumprimento do resultado do indicador face à meta, permite verificar o impacto que da acreditação para o foco nos objectivos.

As USF são globalmente focadas nos objectivos delineados, isto porque, em aproximadamente 90% dos casos não foram identificados “outliers”. Ainda assim, são as unidades acreditadas aquelas que mais vezes falham o objectivo (13,3%), quer pela positiva (6,1%) quer pela negativa (6,1%). As unidades não acreditadas, mesmo representando a “classe” que menos falha o objectivo (12,2%), são as que mais vezes ficam abaixo do objectivo (7,1%).

No campo das metas contratualizadas, seria interessante conseguir avaliar dois aspectos. Em primeiro lugar, se existe diferença significativa entre as metas definidas para as unidades acreditadas e para as unidades não acreditadas. Desta forma, poderíamos compreender se a acreditação é indutora de bons desempenhos, introduzindo factores que vão potenciar os resultados. Por outro lado, era importante compreender se as metas das USF são adequadas às necessidades reais da população, fazendo o levantamento dessas mesmas necessidades e comparando-o com a exigência da contratualização.

---

# Conclusão

A acreditação é uma temática actual e interessante, movendo diariamente milhares de profissionais, em torno de cuidados mais adequados eficientes e efectivos. Dependendo o tipo de sistema de saúde, a qualidade é uma bandeira muito poderosa no que diz respeito às escolhas dos indivíduos e a acreditação apresenta-se como a garantia dessa mesma qualidade.

Para a comunidade científica, é clara a importância da acreditação para a melhoria de aspectos da estrutura e processos, não sendo contudo consensual a sua acção ao nível dos resultados. Existem estudos, ainda que raros, que pretendem estudar o impacto da acreditação em situações de saúde muito específicas, nomeadamente em hospitais de agudos. As conclusões que apresentam não podem ser exibidas como unânimes, mas todas apontam para a melhoria global da qualidade.

Ao nível dos CSP é ainda mais escassa a informação sobre o impacto dos programas de acreditação, estando patente a dificuldade em avaliar a qualidade neste âmbito de cuidados.

Alguns programas nacionais deram importantes passos na criação de uma rede de monitorização e análise da qualidade dos cuidados prestados. Contudo, fruto da ausência de uma estratégia coerente com a actividade legislativa, não houve um seguimento sério desses mesmos programas, com a consequente ausência de conclusões ou atitudes de melhoria da qualidade dos cuidados prestados no SNS.

Não foi encontrado nenhum dado científico sobre o estudo do impacto do PNAS em Portugal nem semelhantes avaliações em termos da literatura disponível. Dessa forma, decidiu-se utilizar os dados disponíveis e procurar realizar uma análise dos resultados ao nível dos indicadores dos CSP, materializados nas USF.

Depois de analisada a literatura disponível, os resultados esperados não incluíam uma diferença significativa entre as unidades acreditadas e não acreditadas. Da análise realizada verificou-se que as USF Acreditadas apresentam resultados significativamente melhores em 12% das vezes e piores em 10% das vezes. Esta diferença é justificada pela homogeneidade de todas as USF estudadas nos indicadores utilizados. As diferenças



encontradas, maioritariamente beneficiando as unidades acreditadas não são contudo expressivas, pelo que é imprudente realizar extrapolações. Verificamos, em termos regionais, que as Unidades Acreditadas apresentam significativamente melhores resultados na ARLVT, quando comparadas com as unidades não acreditadas. Pelo contrário, na ARSNorte as USF não acreditadas apresentam melhor desempenho.

Apesar de tudo, pela análise do processo de acreditação e do próprio modelo de acreditação, podemos concluir que são introduzidas na prestação de CSP um conjunto de ideias estruturais que são o mote para a abertura, por si só, à melhoria dos cuidados efectivamente prestados. Desde logo o envolvimento institucional por parte da DGS no processo de acreditação, através do Departamento de Qualidade em Saúde, dedicando à qualidade, recursos humanos e monetários, contando com todo o apoio por parte do MS nesta acção.

Ficam em aberto algumas questões para análises futuras, nomeadamente no que diz respeito ao estudo pormenorizado das questões de estrutura, processo e resultados para as USF Acreditadas, em contraponto às não acreditadas. Na mesma linha, seria interessante estudar de que forma pudemos aperfeiçoar o processo de acreditação, tendo como objectivo a melhoria efectiva dos cuidados prestados, avaliando-os em concretamente através de indicadores, que meçam o estado de saúde da população. O PNAS será tanto mais eficiente e eficaz quanto melhor contribuir para cuidados dirigidos às necessidades da população, obtendo assim ganhos em saúde. Por fim, a questão financeira não fica esquecida, ficando por definir valores óptimos de custo por utente ao nível dos CSP, tanto em termos de consumo de medicamentos como em MCDT's. A avaliação económica do PNAS é um estudo importante a realizar, tendo como último objectivo a utilização eficiente e eficaz de todos os recursos disponíveis.

Considero que os objectivos a que me propus inicialmente foram totalmente atingidos, tendo em conta os dados que apresentei. Pessoalmente, vejo este trabalho académico como um ponto de partida para o estudo destas questões, nomeadamente como Administrador Hospitalar, no desenvolvimento da minha actividade profissional.

---

# Bibliografia

- Barros, P., Machado S. R., Simões, J. A. (2001) Portugal: Health System Review. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition. Obtido a 17 de Janeiro de 2014 em: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/150463/e95712.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf)
- Berwick, D. M. (2002). A user's manual for the IOM's "Quality Chasm" report. *Health Affairs*, 80-90.
- Blumenthal, D. (1996). Quality of care: what is it? *New England Journal of Medicine*, 891-894.
- Bonfill, X., Marta, R., Aller, M. B., Osorio, D., Foradada, C., Vives, À., et al. (2013). *Development of quality of care indicators from*. Implementation Science.
- Campos, L., & Vaz, A. (Dezembro de 2010). *PLano Nacional de Saúde 2011-2016 - A qualidade do PNS 2011-2016, Alto Comissariado sa Saúde, CEMBE, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa*. Obtido em 17 de Janeiro de 2014, de <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Q2.pdf>
- Cánovas, J. J., Hernández, P. J., & Botela, J. J. (2009). Effectiveness os internal quality assurance programmes in improving clinical practice and reducing costs. *Jornal os Evaluation in Clinical Practice*, 15, 813-819.
- Chandra, V. S. (2004). Clinical Governance: A fresh look at this definition. *An International Journal*, 9, 87-90.
- Costa, C., & et al. (2008). A importância do apuramento de custos por doente: metodologias de estimação aplicadas ao internamento hospitalar português. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático 7*, 131-145.
- Decreto lei 28/2008 de 22 de Fevereiro. (22 de Fevereiro de 2008). 1182-1189. Diário da República, 1.<sup>a</sup> série.

Deming, W. E. (1986). *Out of the crises*. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology, Center for advanced Engineering Study.

Donabedian, A. (1981). *The Defenition of Quality and Approaches to its Assesssment (Exploration in Quality assessment and Monitoring)* (Vol. I). Ann Arbor: Helath Administration Press.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 1743-1748.

Fortes, M. T., Mattos, R. A., Baptista, T. F. (2011) Accreditation or accreditations? A comparative study about accreditation. *Revista da Associação Médica Brasileira*. Volume 57. nº2.

Friedberg, M. W., Hussey, P. S., & Schneider, E. (2010). Primary Care: A critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Affairs*, 5, 766-772.

Green, M., & et al. (2012). Assessing methods for measurement of clinical outcomes and quality in primary care practices. *Health Services Research*.

IQIP. (2014). *International Quality Indicator Project*. Obtido em 17 de Janeiro de 2014, de <http://www.internationalqip.com/index-pt-PT.aspx>

Jaafaripooyuan, E., Agrizzi, D., & Akbari-hahighi, F. (2011). Health Accreditation Systems: Further perpectives on performance measures. *Internacional Journal for Quality in Health Care*, 23, 445-456.

Kringos, D. S., & et al. (2010). The European Primary Care Moniture: Estruture, Process and outcome indicators. *BMC Family Practice*.

Lester, H., & et al. (2012). Practice accreditation: The European Perspective. *Britich Journal of General Practice*.

Lopes, S. (2010). *A relação entre a eficiênciã e a efectividade: aplicação ao internamento por doença cerebrovascular*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Mendes, V. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perpectivas futuras*. Tese de Mestrado em Gestão da Saúde, ENSP, UNL.

Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Manole.

O'Beirne, M., ZWICKER, K., & STERLING, P. (2013). The Status of accreditation in primary care. *Quality in Primary Care*, 23-31.

OECD. (2004). *The OECD Health Project: towards high-performing health systems: summary report*. Paris: Organisation for Economic Co-Operation and Development.

Pereira, J. (2004). *Economia da Saúde: Glossário de termos e conceitos* (4ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde.

Pires, A. R. (2007). *Qualidade: Sistemas de gestão da qualidade* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025- Volume Temático 2, 43-51.

Pomey, M.-P., & et al. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*.

Portugal, Ministério da Saúde (2006). Missão para os Cuidados de Saúde Primários - *Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*, Lisboa. Obtido a 15 de Janeiro de 2014 em [www.mcsp.min-saude.pt](http://www.mcsp.min-saude.pt)

Portugal, Direcção Geral da Saúde (2009). Departamento da Qualidade na Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Lisboa,

Portugal, Ministério da Saúde (2012). Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, Obtido a 30 Setembro 2012. Disponível em [www.mcsp.min-saude.pt](http://www.mcsp.min-saude.pt)

Portugal, Ministério da Saúde (2012b). Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. *Análise SWOT e Recomendações para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa, Obtido a 30 Setembro 2012. Disponível em [www.mcsp.min-saude.pt](http://www.mcsp.min-saude.pt)

Rooney, A., & Ostenberg, P. (1999). *Série de aperfeiçoamento sobre a metodologia de garantia de qualidade : licenciamento, acreditação e certificação: abordagens à qualidade de serviços de saúde*. Bethesda: Centro de Serviços Humanos.

Saúde, A. R. (2012). *Relatório de Actividades 2012*. Obtido em 10 de Março de 2014, de <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Administra%C3%A7%C3%A3o%20Regional%20de%20Sa%C3%BAde%20do%20Centro,%20IP%20-%20Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202012.pdf>

Shaw, C., & et al. (2010). Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. *International Journal for Quality in Health Care*, 22, 342-350.

Sousa, P. (2006). Patient Safety: A necessidade de uma estratégia nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 309-318.

USA Institute of Medicine. (2000). *To err is human: buiding a safer health system*. Obtido em 7 de Agosto de 2013, de <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>

Veillard, J., & et al. (2005). A performance assessment framework for hospitals: The WHO regional office for Europe PATH project. *International Jounal for Quality in Health Care*, 487-496.

World Health Organization. (2006). *WHO - Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. Obtido em 8 de Agosto de 2013, de [http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf)

---

# Anexos